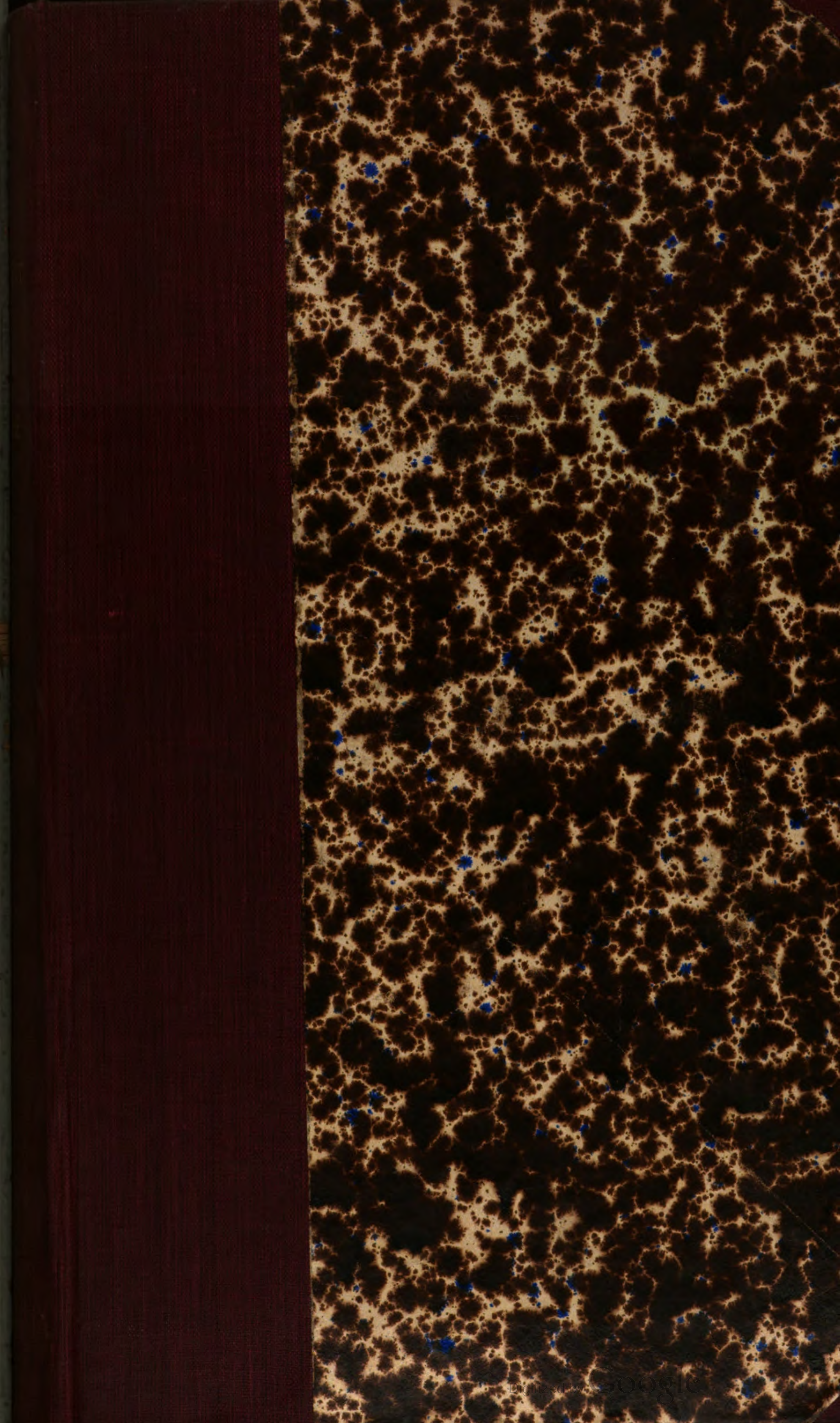
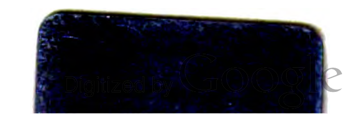





BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FUNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO



ZENTRALBLATT

FÜR DIE GESAMTE

THERAPIE

Begründet von **Professor Dr. M. HEITLER**

Redigiert von

Professor Dr. BRIEGER
Geh. Medizinalrat
Berlin NW., Brückenallee 34.

Dr. EMIL SCHWARZ
Dozent für innere Medizin an der Universität in Wien
Wien, I. Kolowratring 9.

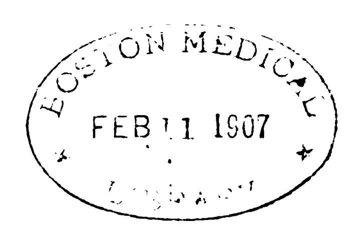
XXIII. JAHRGANG. 1905.

Verlag und Expedition:

MORITZ PERLES
k. u. k. Hofbuchhandlung
Wien, I. Seilergasse 4.

für das Deutsche Reich:
OSCAR COBLENTZ
Verlagsbuchhandlung
Berlin W/30, Maasenstraße 13.





Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Inhalts-Verzeichnis.

Original-Artikel.

Sachregister.

















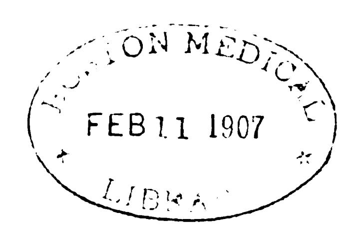
Autoren-Verzeichnis.




Digitized by Google




Digitized by Google



(Verhandlungen der schwedischen ärztlichen Gesellschaft in Stockholm.)

Ueber Röntgen-Behandlung des Sarkoms.

Von Tage Sjögren.

Vor 4 Jahren hatte ich bereits die Gelegenheit, einen durch Röntgen-Bestrahlung geheilten Fall eines Epithelioms im Gesicht zu demonstrieren. Man darf wohl annehmen, daß diese Behandlungsart bei Hautkrebs in der Zukunft ihren Platz in der Therapie als eine für gewisse Fälle besonders taugliche und zweckentsprechende Methode behaupten wird. Die Anwendbarkeit der Röntgen-Behandlung bei schwereren Krebsformen ist bis heute noch nicht klar, doch wird an den verschiedensten Plätzen daran gearbeitet und die Versuche, dieselbe namentlich bei Krebsgeschwülsten, die mehr oberflächlich sich entwickeln, insbesondere Karzinomen der Brustdrüsen zu erproben, sind überaus zahlreich. Die Frage ist jedoch noch weit von ihrer Entscheidung, und es wäre verfrüht, heute schon hierüber zu berichten. Dagegen halte ich es für zweckmäßig, anschließend an meine Erfahrungen einiges über die Röntgen-Behandlung der Sarkome mitzuteilen.

Meines Wissens hat Krogius in Helsingfors im Jahre 1903 [1]) zum erstenmale ausführlich über einen mit Röntgen-Strahlen behandelten Fall von Sarkom berichtet. Er betraf einen 40 Jahre alten Seemann, welcher auf die Klinik kam wegen eines am Hinterkopf gelegenen, vom Okzipitalknochen ausgehenden, von gesunder Haut bedeckten Sarkoms. Die Geschwulst war von der Größe eines kleineren Apfels und wurde im Jänner 1901 exstirpiert. Im September trat eine Rezidive ein, es fanden sich zwei eigroße Tumoren in der Okzipitalregion vor, welche von einer Menge kleinerer Knoten umgeben waren und an der Haargrenze auf der Stirne war eine gänseeigroße Geschwulst derselben Beschaffenheit. Bei der vorgenommenen Operation derselben bemerkte man, daß das Periost in der Umgebung des Tumors infiltriert war, weshalb eine radikale Entfernung der Geschwulstmasse sich als unmöglich herausstellte. Er wurde nach der Operation geheilt entlassen, kam jedoch im Jänner 1903 wieder. Die hintere Geschwulst war bedeutend gewachsen und nahm den größten Teil des Hinterkopfes ein. Ueber dem rechten Tuber frontale waren einige kleine Tumoren und im behaarten Teile sowohl der Stirn- als auch der Scheitelgegend fanden sich hie und da mehrere kleinere Knoten. Keine geschwollenen Lymphdrüsen. Da ein wiederholter operativer Eingriff offenbar keinen Erfolg versprach, entschied sich Krogius für Röntgen-Behandlung, welche am 1. Jänner begonnen und bis zum 31. Mai fortgesetzt wurde. Die Stirngeschwulst schwand zuerst im Verlauf zweier Wochen, worauf der hintere Teil zur Behandlung kam; auch diese verlor sich nach $1^1/_2$ Monaten und es verblieb ein leichtes Erythem, sowie Haarausfall der bestrahlten Partien. Die mikroskopische Untersuchung, welche gelegentlich der ersten Operation vorgenommen wurde, ergab, daß es sich um ein Rundzellensarkom mit mittelgroßen, etwas polymorphen Zellen nebst vereinzelten Riesenzellen handelte. Krogius, welcher vorerst die Röntgen-Behandlung mit skeptischen Augen ansah, gibt seiner Verwunderung über den therapeutischen Effekt derselben Ausdruck; unter der Einwirkung des Röntgen-Lichtes schmolzen sowohl die kleinen wie die faustgroßen Tumoren wie

[1]) Langenbecks Archiv. I. 1903.

Schnee in der Sonne, so daß nach zwei Monaten keine Spur derselben entdeckt werden konnte. Der Effekt der Behandlung war, wenn möglich, noch auffallender als derjenige, welchen eine antiluetische Behandlung auf syphilitische Geschwülste auszuüben pflegt. Vier Monate nach Schluß der Behandlung war der Patient rezidivfrei und die kahlen Partien der Kopfhaut waren wieder dicht behaart.

Nach diesem ersten Falle wurden mehrere Mitteilungen über erfolgreiche Behandlungen der Sarkome publiziert. So berichtet Colley in New-York über nicht weniger als 36 Fälle inoperabler Sarkome, welche innerhalb der verhältnismäßig kurzen Zeit von $1^1/_4$ Jahren von ihm behandelt wurden. Hievon waren 21 Rundzellen-, 6 Spindelzellensarkome, der Rest Misch- oder seltenere Formen. Ein Fall hat ein besonderes Interesse und sei daher hier kurz berichtet.

Eine 45 Jahre alte Frau hatte ausgebreitete Rundzellensarkome zu beiden Seiten des Halses, am Nacken, in den Regiones supra- und infraclaviculares, den Achseln und der Brustgegend. Ihr Zustand war hoffnungslos, als die Röntgen-Behandlung im Februar 1903 begonnen wurde. Im Juli desselben Jahres waren sämtliche Geschwülste beinahe vollständig geschwunden, bis auf eine einzige, vor dem Musculus sternocleidomastoideus, welche exstirpiert wurde; im September desselben Jahres kam sie mit einer Rezidive vor dem Ohre und in der Schambeingegend, sowie einer Geschwulst im Abdomen, vermutlich im Kolon; der Zustand erschien wiederum verzweifelt. Unter der wieder angewendeten Röntgen-Bestrahlung verschwanden die zwei ersteren Geschwülste und der Abdominaltumor verkleinerte sich rasch. Am 13. April 1903, also 7 Monate später, befand sie sich noch wohl und der Bauchtumor ist noch kleiner geworden. Wenn auch der schließliche Ausgang dieses Falles ganz ungewiß geblieben ist, wurde die Kranke durch die Röntgen-Behandlung jedenfalls von Schmerzen befreit und ihr Leben wurde verlängert. Aehnliche Resultate erzielte Colley in vielen Fällen, und wo der Effekt vereinzelt ausblieb, bemerkte Colley, daß es sich hauptsächlich um Spindelzellensarkome handelte, während Rundzellensarkome das beste Resultat ergaben. Rezidive trat oft auf und gab Veranlassung zu erneuerter Behandlung.

Schließlich berichtet noch Dr. Crysopates aus Athen [2]) über einen besonders interessanten Fall von Röntgen-Behandlung eines inoperablen Sarkoms der Bauchhöhle.

Im August 1902 sollte die Patientin, eine 35 Jahre alte, verheiratete Frau, sich einer Operation unterziehen wegen einer ihrer Natur nach unbestimmbaren Geschwulst im rechten Hypochondrium, aber bei der Laparotomie fand sich die Geschwulst mit der vorderen Bauchwand und dem Dünndarm zum großen Teile fest verwachsen, so daß die Exstirpation desselben nicht vorgenommen werden konnte. Die bei dieser Gelegenheit gemachte Probeexzision des Tumors, der anscheinend vom rechten Ovarium ausging, erwies denselben als ein kleinzelliges Rundzellensarkom.

Nach der Operation, welche eine Dünndarmfistel hinterließ, verschlimmerte sich der Zustand und der Tumor nahm rasch an Größe zu. Gegen Ende November ist derselbe zu Kindskopfgröße angewachsen und hat sich außerdem unter dem rechten Schambeinknochen längs des Ligam. rotundum entwickelt; um die Operationsnarbe entstand eine Infiltration von bedeutender Ausbreitung, gedeckt von einer großen Wundfläche. Intensive Schmerzen machten den Zustand ganz verzweifelt und die Patientin bot den Zustand hochgradiger Kachexie. Nun begann die Bestrahlung, zu Beginn jeden zweiten oder dritten Tag durch einige Minuten mit weitem Rohrabstand; schon nach einigen Seancen wurden die Schmerzen gelindert und die Verbesserung machte hernach rasche Fortschritte, indem sich die Wunde reinigte, verheilte und die Fistel sich schloß; die Geschwulst blieb lange an Größe unverändert, aber von Mitte Februar begann auch diese, erst langsam, dann rasch abzunehmen und ver-

[2]) Münch. med. Wochenschr. Dez. 1903.



schwand allmählich. Zugleich nahmen die Kräfte zu und das Aussehen verbesserte sich. Die Behandlung wurde durch 6 Monate fortgesetzt. Dezember 1903, sieben Monate nach Schluß der Behandlung, ergab die Untersuchung der Patientin keine Spur des früheren Tumors, weder durch äußere noch durch bimanuelle Exploration, die Patientin selbst blühend aussehend.

Ein Fall wie dieser ist wohl ganz rätselhaft und erweckt das allergrößte Interesse. Nach diesen Mitteilungen ist jedoch nicht zu bezweifeln, daß ebenso wie bei Karzinomen es auch Sarkome gibt, welche durch Röntgen-Behandlung, manchmal wohl nur temporär, zur Verheilung gebracht werden können.

Als Beitrag zur Behandlung maligner Tumoren nach dieser neuesten Methode will ich einige Fälle berichten, welche ich selbst behandelt habe und bei denen die Röntgen-Behandlung ebenfalls eine überraschende kurative Wirkung ausgeübt hatte.

G. T. J., 48 Jahre alt, Eisenarbeiter. Im Mai 1903 zeigte sich auf der rechten Seite der Nase, nahe dem Nasenflügel, eine kleine, dunkelgefärbte Geschwulst, welche im Laufe des Sommers und Herbstes langsam, aber ständig an Größe zunahm. Er kam anfangs November ins Serafinerlazarett, wo nach vollzogener Probeexzision die Geschwulst als ein Spindelzellensarkom erkannt wurde. Durch die Liebenswürdigkeit des Professors Berg wurde der Patient mir zur Röntgen-Behandlung überwiesen; die Geschwulst war zu dieser Zeit von Bohnengröße, blaurot, hart, gegen die Umgebung begrenzt und bei Berührung leicht schmerzhaft. Die Oberfläche etwas exkoriiert, zeitweise blutend. Lues nicht konstatiert, Lymphdrüsen nicht geschwollen. Die Behandlung begann am 9. November und der Tumor schien alsbald auf dieselbe zu reagieren, denn schon nach einer Woche begann er merklich an Größe abzunehmen. Mit Ausnahme der kleinen Wundstelle, welche bei der Probeexzision entstand und unter Borkenbildung nach einigen Tagen heilte, geschah die Heilung derart, daß der Tumor sich allmählich verkleinerte und schließlich verschwand und die Stelle mit der umgebenden Hautoberfläche sich glättete. Ungefähr zwei Wochen nach Beginn der Behandlung wurde von neuem eine kleine Probeexzision gemacht und das Partikel von Dr. Key mikroskopisch untersucht. Die Veränderungen, die man konstatieren konnte, sind von Interesse: man fand die Struktur stellenweise glatt, stellenweise unverändert. Die Zellgrenzen hie und da undeutlich und ein Teil der Zellkerne nicht färbbar. Die Behandlung währte bis zum 30. Dezember und umfaßte ungefähr 30 Bestrahlungen. Gegenwärtig, vier Monate nach derselben, ist es kaum möglich, zu entscheiden, wo der Tumor gesessen war; eine gelinde Atrophie der Haut ist alles, was man bemerken kann, irgend ein sonstiges Unbehagen ist durch die Behandlung nicht zutage getreten.

Der zweite Fall hat mit diesem viel Aehnlichkeit.

Frau V. E., 22 Jahre alt, hat seit neun Monaten einen kleinen Knoten an der Nasenwurzel; derselbe wächst sehr langsam und ist schmerzhaft, die Oberfläche leicht gerötet, die Konsistenz fest, fast knorpelartig; mikroskopisch erweist er sich als Spindelzellensarkom. Mitte Februar war er klein, haselnußgroß, saß wie ein kleiner Buckel zwischen den Augenbrauen und war recht entstellend. Die Behandlung begann am 20. Februar und wird noch fortgesetzt, da die Patientin wegen der Entfernung ihrer Wohnung nicht regelmäßig kommen kann. Bis jetzt wurden 35 Bestrahlungen gemacht und der Tumor, welcher gradweise an Größe abnahm, ist derart reduziert, daß er als eine kaum merkbare Erhöhung zwischen den Augenbrauen wahrnehmbar ist.

Man fühlt ihn als eine dünne, knorpelharte, bewegliche Scheibe und es ist wohl kein Zweifel, daß die fortgesetzte Behandlung auch diesen kleinen Rest zum vollständigen Schwunde bringen wird. Wenn auch diese beiden Fälle eigentlich ein mehr theoretisches und wissenschaftliches Interesse darbieten, da ja die Tumoren für die Exstirpation leicht zugänglich waren und die günstige Wirkung der Röntgen-Behandlung im kosmetischen Effekt, der

nach der operativen Entfernung gewiß nicht so zufriedenstellend gewesen wäre, liegt, ist der dritte Fall, den ich noch berichten will, von größerer Bedeutung.

J. O., 32 Jahre alt, Landwirt aus Blekinge. Im Februar 1902 bekam er nach einem leichten Trauma an der Innenseite des linken Oberarmes eine bläulich verfärbte Geschwulst, welche alsbald verschwand. Im Juni bemerkte er auf der Stelle, wo früher die Beule saß, einen ungefähr haselnußgroßen Knoten; derselbe war ziemlich hart, empfindlich und leicht verschiebbar. Die äußere Behandlung des Tumors hatte keinen Erfolg, der Tumor wuchs und erreichte im Oktober Eigröße, wobei sich heftige Schmerzen einstellten. Im März 1903 wurde dem Kranken die operative Entfernung empfohlen, doch unterließ der Patient dieselbe und erst als im Juni 1903 der leitende Spitalsarzt durch die Probeexzision den Patienten überzeugte, daß eine bösartige Geschwulst vorliege, entschloß sich der Patient zur sofortigen Operation und wurde am 2. Juli auf der chirurgischen Abteilung des Serafinerlazaretts aufgenommen. Derselbe ist ein ungewöhnlich kräftiger Mann von guter Ernährung und entwickelter Muskulatur, der, außer der Geschwulst am Oberarm, nichts Pathologisches aufweist. Am oberen, inneren Teile des letzteren findet man den Tumor von Faustgröße, harter, fast beinharter Konsistenz. Nirgendswo Erweichung oder Fluktuation; nach oben gegen die Achsel, sowie nach innen scheint er gut begrenzbar zu sein, dagegen ist dessen äußere und untere Grenze nicht so deutlich markierbar. Der Tumor ist seitlich verschiebbar, bei Druck nicht empfindlich. Der Humerus ist nicht aufgetrieben, die Haut leicht gerötet, verschiebbar, mit Ausnahme der Mitte der Geschwulst, wo die Narbe nach der Probeexzision sich vorfindet. Keine Drüsenschwellung, das Schultergelenk in seinen Bewegungen frei, die Sensibilität auf der Beugeseite des Vorderarmes und dem kleinen Finger etwas herabgesetzt, ebenso ist die Kraft des letzteren stark vermindert. Die Operation geschah am 4. Juli 1903. Der Tumor, welcher sich um den Nervus ulnaris entwickelt hatte, wurde unter Aufopferung des letzteren entfernt und erwies sich bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung als ein ziemlich großzelliges, alveolar wachsendes Rundzellensarkom. Heilung per primam. Der Patient wurde nach zehn Tagen entlassen. Schon im November trat Rezidive ein, die Geschwulst nebst den Achseldrüsen wurden im Lazarett zu Karlsbaum am 20. November entfernt. Aber schon nach wenigen Monaten mußte der Patient wieder am selben Lazarett Aufnahme suchen. Der Zustand hat sich bedeutend verschlimmert. Nicht nur in der Achselhöhle und längs der Operationsnarbe haben sich Rezidiven eingestellt, auch auf der Rückseite des Armes zeigte sich eine verdächtige Infiltration.

Als letzte Rettung wurde dem Patienten die Exartikulation im Schultergelenk empfohlen, zu welcher er sich jedoch nicht entschließen wollte, und deshalb wurde noch als letzter Ausweg die Röntgen-Behandlung angeraten, behufs welcher er nach Stockholm reiste und sich mir am 26. Februar 1904 vorstellte. In der linken Achselhöhle hat er einen orangengroßen, harten Tumor, bedeckt von einer strahligen Narbe. Längs der Operationsnarbe an der Innenseite des Oberarmes ist eine knotige harte Infiltration. Die Außenseite des Armes, von der Schulter bis zur Armbeuge, ist hart und infiltriert, bei Berührung schmerzhaft, Haut von normalem Aussehen auf der Streckseite. Die Narbe lebhaft rot. Der ganze Arm unbeweglich und so gut wie unbrauchbar; aktiv nicht zur Horizontalebene, passiv unter Schmerzen nur zu dieser beweglich. Die Infiltration an der Hinterseite macht nicht den Eindruck, als ob diese gewöhnlicher, ödematöser Natur wäre, es scheint vielmehr, daß die maligne Geschwulstbildung auf das Unterhautbindegewebe daselbst sich erstreckt hatte. Die Bestrahlung begann auf der Innenseite und in der Achsel. Schon nach einer Woche gab der Patient an, eine bebestimmte Verbesserung insoferne wahrzunehmen, als die Schmerzen vermindert und die Beweglichkeit erhöht wurde. Dann aber ging diese Besserung rasch vorwärts, so daß nach drei Wochen die Bestrahlung auf den

bisnun bestrahlten Partien abgebrochen werden konnte und auf der Außenseite des Armes fortgesetzt und durch vier Wochen durchgeführt wurde. In der letzten Zeit wurde dann wieder die Achsel und Innenseite bestrahlt. Am 17. April wurde die Behandlung beendet, weil die reaktive Entzündung so stark wurde, daß jede äußere Behandlung dieser großen Hautoberfläche sich von selbst verbietet. Der Effekt der bisherigen Therapie war jedoch der, daß die Infiltration an der Außen- und Innenseite des Armes so gut wie verschwunden ist und nur eine Härte in der Achselhöhle verblieb, die ich als geschrumpftes Narbengewebe ansehen kann. Die Beweglichkeit des Armes ist so gut wie unbeschränkt und nur durch die stramme Narbe in der Achselhöhle etwas beschränkt. Das Volumen, wohl durch die langandauernde Inaktivität, im Verhältnis zum gesunden Arme herabgesetzt.

Die erste Frage, welche nun in solchen und ähnlichen Fällen sich aufdrängt, ist, ob das erlangte günstige Resultat auch dauernd bleiben wird oder nicht. Die Frage kann selbstredend noch nicht beantwortet werden, da die Beobachtungszeit noch viel zu kurz ist. Gleich wenig können wir von vorneherein bestimmen, welche Fälle für die Röntgen-Behandlung sich eignen oder nicht. Natürlich müssen wir immer den Grundsatz aufrecht erhalten, daß für die operativen Fälle auch die operatvie Behandlung die indizierte Methode sei. Es bleiben aber gleichwohl, wie Krogius sagt, genügend zahlreiche Fälle, bei denen die Anwendung der Röntgen-Strahlen ihre volle Berechtigung hat. Zu diesen rechnen wir die an und für sich inoperablen und auch diejenigen Fälle, bei denen die Operation aus diesem oder jenem Grunde nicht indiziert erscheint oder wo der Patient dieselbe nicht zuläßt.

Daß ein Teil der Fälle der Röntgen-Behandlung eher zugänglich ist als ein anderer, läßt sich wohl nicht bezweifeln. Colley gibt, wie schon erwähnt, an, daß nach seiner Erfahrung Rundzellensarkome am besten auf die Bestrahlung reagieren.

Von meinen drei Fällen waren zufälligerweise zwei Spindelzellen- und ein Rundzellensarkom. Nicht geringes Gewicht muß auf die Technik gelegt werden und es ist selbstverständlich, daß der behandelnde Arzt dieselbe vollständig beherrschen und richtig ausüben muß. Es erscheint mir wichtig, hervorzuheben, daß die Behandlung in jedem Falle, wo sie begonnen wurde, nicht zu zeitlich abgebrochen werde, auch wenn ein Effekt nicht gleich merkbar ist. Der Fall aus Athen zeigt, daß erst nach einer lange währenden Bestrahlung (zwei Monate) eine deutliche Verkleinerung der Geschwulst beobachtet werden konnte, welche dann zu einem vollständigen Schwinden derselben führte.

Ich schließe mit den Worten, die auch Krogius in seinem Aufsatze anführt: „Ich glaube, daß unter den bösartigen Geschwülsten sich eine Gruppe vorfindet, auf welche die Röntgen-Strahlen eine eklatant zerstörende Wirkung ausüben; wir werden durch fortgesetzte methodische Untersuchungen vielleicht so weit kommen, von vorneherein die günstigen Fälle zu erkennen; durch die Verbesserung der Technik und besonders durch eine zielbewußte Kombination des operativen Eingriffes mit der Röntgen-Behandlung dürfte es uns gelingen, innerhalb gewisser Grenzen die Brauchbarkeit der genannten Methode bedeutend zu entwickeln. Bei einem so furchtbaren Leiden, wie es die nicht operablen malignen Tumoren sind, muß man ohne vorgefaßte Meinung alle Mittel versuchen, welche einige Aussicht auf ein gutes Resultat geben.“

(Aus dem Karolinen-Kinderspitale in Wien; dirig. Primararzt Dr. Wihelm Knöpfelmacher.)

Die Behandlung der Enuresis mit epiduralen Injektionen.

Von Dr. **Alfred Götzl.**

Seit den Publikationen Cathelins[1]) über die Behandlung der Enuresis mit epiduralen Injektionen ist eine Reihe von Arbeiten über dieses Thema erschienen, die im wesentlichen die günstigen Resultate Cathelins bestätigen. So berich-



tete Kapsamer[2]) von 25 Fällen, die alle geheilt wurden*); außerdem erwähnte er in seiner ausführlichen Arbeit eine Reihe von Autoren, die gleichfalls recht günstige Erfolge der neuen Methode gesehen hatten. In einer zweiten Publikation konnte er 15 Heilungen und 5 Besserungen in 20 Fällen konstatieren; Preindelsberger[3]) sah unter 6 Fällen viermal Heilerfolge, während nur einmal kein und einmal ein geringer Erfolg beobachtet werden konnte; Strauß[4]) berichtete von 2 Heilungen und 2 Besserungen, Cantas von 13 Heilungen und 2 Besserungen in 15 Fällen. Nach alledem wäre also dem praktischen Arzte ein Mittel an die Hand gegeben, welches ein oft hartnäckiges und den verschiedensten medikamentösen und mechanischen Behandlungsmethoden trotzendes Leiden der Kinder zu beseitigen imstande ist.

Bevor wir nun über die Ergebnisse unserer diesbezüglichen Versuche bei an Enuresis leidenden Kindern berichten, wollen wir vorweg feststellen, daß ein lokales Leiden, wie Phimose etc., als Ursache der Enuresis nicht gefunden werden konnte; auch der chemische und mikroskopische Harnbefund zeigte nichts Abnormes. Zur Injektion, die nach den Vorschriften Kapsamers gemacht wurde, wurde teils physiologische Kochsalzlösung allein, teils diese Lösung mit einem $^1/_2$ bis 1%igen Kokainzusatz in der Menge von 5—10 cm^3 verwendet.

1. Fall. J. G., acht Jahre alt. Seit fünf Jahren besteht Enuresis nocturna, die durch Medikamente nur vorübergehend gebessert wurde. Am 12. März erste Injektion; daraufhin in 12 Tagen nur einmal Bettnässen; am 24. März zweite Injektion. Seither nur noch einmal Nässen, dann bleibt Pat. immer trocken.

2. Fall. H. W., 12 Jahre alt, leidet seit acht Jahren an Enuresis nocturna. Anamnestisch ist Onanie festgestellt; wurde schon mit dem elektrischen Strom — ohne Erfolg — behandelt. Spitalsaufnahme. In der Zeit vom 6. März bis 9. April werden zehn epidurale Injektionen gemacht. Die ersten acht werden gut vertragen, nach der neunten besteht Uebelkeit und Brechreiz, nach der zehnten klagt Pat. außerdem über Schmerzen in der Kreuzbeingegend, die das Bücken erschweren. Die Enuresis besteht mit Ausnahme von zwei Nächten ununterbrochen fort. Onanie wurde im Spitale nicht beobachtet.

3. Fall. F. P. Das siebenjährige, etwas anämische Mädchen leidet seit drei Jahren an Enuresis diurna und nocturna und wurde bisher noch nie behandelt. Der Spitalsbehandlung übergeben, wird das Kind in einer Woche dreimal mit Injektion behandelt, worauf eine Besserung eintritt. Schon im nächsten Monate tritt das Leiden mit derselben Intensität wie früher auf, so dass neuerdings sieben Injektionen in vier- bis fünftägigen Intervallen gemacht werden, worauf nur eine Besserung der Enuresis diurna eintritt, während das nächtliche Bettnässen fast konstant bleibt. Nach den letzten Injektionen Brechreiz.

4. Fall. F. O., 4$^1/_2$ Jahre alter Knabe. Enuresis nocturna seit einem halben Jahre; wurde schon einmal medikamentös behandelt; sechs Injektionen in 14 Tagen Spitalsaufenthaltes und dann vier Injektionen in größeren Intervallen ambulatorisch. Nur hie und da eine Nacht hindurch trocken. Wiederholt Schmerzen in der Kreuzbeingegend; außerdem nach den letzten Injektionen ein bis zwei Tage anhaltende Aufregungszustände (Herumtollen im Zimmer, Zerreißen von Gegenständen, drohende Geberden gegen Mutter und Geschwister).

5. Fall. J. S., sechsjähriger Knabe. Enuresis nocturna seit einem Jahre; bisher noch nie behandelt. In vier Wochen acht epidurale Injektionen ohne jeden Erfolg.

6. Fall. F. P., zwei Jahre alt. Enuresis nocturna und diurna. Nach einer Injektion Besserung der Enuresis diurna. Weitere Injektionen werden von der Mutter verweigert.

7. Fall. Dreijähriger Knabe, der mit Diphtherie aufgenommen wird. Da nächtliches Bettnässen auftritt, werden in fünf Tagen drei epidurale Injektionen gemacht, die sich, so lange das Kind im Spital bleibt, vollständig erfolglos zeigen. Seitdem sich das Kind in häuslicher Pflege befindet, ist es nach den Angaben der Mutter immer trocken.

8. Fall. Drei Jahre alter Knabe, der an Skarlatina erkrankt ist. Enuresis nocturna bestand schon vorher, ohne daß das Kind behandelt worden wäre. In einer Woche vier epidurale Injektionen ohne sichtbaren Erfolg. Aufhören der Enuresis nach der Entlassung aus dem Spital.

Drei weitere Fälle von Enuresis nocturna haben sich nach den ersten Injektionen der Behandlung entzogen, so daß darüber nicht weiter berichtet werden kann.

---

*) In seiner zweiten Publikation berichtet K. von zwei Rezidiven.



Es liegen also 8 Fälle vor, in denen irgend ein lokaler pathologischer Befund nicht erhoben werden konnte, die wir demgemäß als reine Enuresis ansprechen müssen. An diesem allerdings kleinen Material hat sich nun die neue Methode in nur sehr bescheidenem Maße bewährt, denn nur einmal (Fall 1) kann von einem evidenten Heilerfolg gesprochen werden, und dieser trat schon nach der zweiten Injektion ein. Von den 25 Fällen Kapsamers waren nach der ersten Injektion 8, nach der zweiten 4 geheilt; auch nach Strauß und Cantas scheinen 1—3 Injektionen zur vollständigen Heilung zu genügen. Diese Beobachtungen legen bezüglich der Wirkungsweise der epiduralen Injektion den Schluß nahe, daß es sich dabei nicht um eine lokale Wirkung auf ein beschränktes Nervengebiet, sondern um eine Wirkung auf das Zentralnervensystem, einen Shok, handelt; auch die von den genannten Autoren gesammelten Erfahrungen darüber, daß weder die Quantität noch die Qualität der zu injizierenden Flüssigkeit irgend eine Rolle spielt, scheint für diese Wirkungsweise der epiduralen Injektion zu sprechen. Cathelin selbst hebt diese Auffassung hervor und meint, daß eine Resorptionswirkung mit Rücksicht auf die analoge Wirkung verschiedener Flüssigkeiten auszuschließen sei. Das Aufhören der Enuresis in Fall 7 und 8 als günstige Wirkung der epiduralen Injektion aufzufassen, scheint uns bedenklich, da beide Kinder trotz der Injektion näßten, so lange sie in Spitalsbehandlung standen, während sie vom Tage ihrer Entlassung an von der Enuresis befreit waren. Wir möchten deshalb in diesen Fällen die Heilung eher der durch die Entlassung nach Hause bedingten psychischen Beeinflussung zuschreiben.

Die Aetiologie der kindlichen Enurese ist noch kontrovers. Die prinzipielle Verschiedenheit der Ansichten liegt darin, daß auf der einen Seite das Leiden für ein lokales gehalten wird, während anderseits eine Reihe von Autoren das Leiden als Symptom einer funktionellen Erkrankung des kindlichen Nervensystems betrachtet. So spricht Henoch[6]) von einem Krampf des Detrusor und Schwäche des Sphincter vesicae, Baginsky[7]) von einer mangelhaften Innervation des Sphinkter, Bókai[8]) betrachtet die Enuresis als die Folge einer Gleichgewichtsstörung in der Funktion der antagonistisch wirkenden Blasenmuskeln, Detrusor und Sphinkter, Köster[9]) nimmt Schwäche des Blasenverschlußapparats (Sphincter vesicae und Compressor urethrae) an, Zuckerkandl und Frankl-Hochwart[10]) halten in der Mehrzahl der Fälle einen Mangel des Sphinktertonus für wahrscheinlicher als den u. a. von Mendelsohn[11]) angenommenen mangelhaften Blasenverschluß, der sich auch in der oft fehlenden oder nur sehr geringen Entwicklung der Prostata im jugendlichen Alter dokumentieren soll. Nach Bierhoff[12]) liegt die Ursache der Enuresis in einer durch Hyperämie oder Entzündung bedingten abnormen Reflexerregbarkeit der Blasenschleimhaut. Rey[13]) nimmt ein pathologisches Verhalten des Harnes in chemischer oder bakterieller Hinsicht (Schleimbeimengung, Bakteriurie etc.) bei nervös veranlagten Kindern als Ursache der Enuresis an. Daß auch die zweite Dentition (Fasso[14]) und die adenoiden Vegetationen (Zwillinger[15]) mit dem Nässen der Kinder in Zusammenhang gebracht wurde, sei nebenbei erwähnt. Auf der anderen Seite halten Rochet und Jourdanet,[16]) sowie andere französische Forscher die essentielle Enurese für den Ausdruck einer allgemeinen Neuropathie, nach Walko[17]) ist in vielen Fällen „die Enuresis als ein durch verschiedene akzidentelle Ursachen eingetretenes Hemmungsphänomen eines an sich früher normal funktionierenden Organes zu betrachten". Für viele Fälle gibt Walko die mit besonderer Schärfe von Thiemich[18]) vertretene Ansicht zu, daß die essentielle Enuresis als „eine Erscheinungsform der im Kindesalter eigentümlichen monosymptomatischen Hysterie" zu betrachten sei. Reinach[19]) hat sich unter Anführung zweier Beobachtungen ebenfalls zu dieser Ansicht bekannt, während Pfister[20]) nach seinen Untersuchungen die Hysterie als einzige

Ursache nicht gelten lassen kann, sondern von der Enuresis als einem neuropathischen „Stigma hereditatis“ spricht.

Wenn wir die Wirkungsweise der epiduralen Injektion einem Shok gleichsetzen, so ist damit gesagt, daß wir in ätiologischer Hinsicht uns der Meinung der letztgenannten Autoren anschließen. Es erscheint uns demnach die epidurale Injektion nur als neue Modifikation der schon früher (Henoch, Kelp[21]) geübten subkutanen Injektionen am Perineum oder in der Kreuzbeingegend. Nun geht aus unseren Krankengeschichten hervor, daß die Methode doch nicht so günstige Resultate ergibt, wie nach den vorliegenden Mitteilungen vermutet werden könnte; anderseits haben wir unangenehme Nebenwirkungen (Brechreiz, Schmerzen beim Bücken etc.) wiederholt beobachten können. Und bedenken wir schließlich, wie viele andere Behandlungsarten, teils medikamentöse, teils mechanische uns die heutige Therapie zur Verfügung stellt, so können wir der epiduralen Injektion in praxi nur dann das Wort reden, wenn alle Mittel dieses Leidens Herr zu werden versagt haben.

Literatur.

1) Cathelin, Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals etc. Uebersetzt von Dr. Strauß, ref. Schmieds Jahrb., I. Hälfte, 1903.

2) Kapdonner, Wien. klin. Wochenschr. Nr. 29, 1903; Arch. f. Kinderheilk., Bd. XXXVIII, 1904.

3) Preindelsberger, Wien. med. Wochenschrift Nr. 46, 1903.

4) Strauß, Münch. med. Wochenschr. Nr. 28, 1903.

5) Cantas, Presse medic. 1904; ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43, 1904.

6) Henoch, Lehrbuch 1898.

7) Baginsky, Lehrbuch 1899.

8) Bókai, Gerhards Handb. d. Kinderkrankh. IV/3.

9) Köster, Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, 1896.

10) Zuckerkandl und Frankl-Hochwart, Nothnagels Handb., Bd. XIX.

11) Mendelsohn, Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1895.

12) Bierhoff, Pediatric. Vol. X, Nr. 5, ref. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LIV, 1901.

13) Rey, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LIX, 1904; Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35, 1904.

14) Fano, Thèse de Montpellier 1901, ref. Monatsschr. f. Kinderheilk., S. 285, 1902.

15) Zwillinger, Pest. med.-chir. Presse Nr. 40, 1903.

16) Rochet und Jourdanet, Gazette des hôpitaux, Nr. 3, 1897.

17) Walko, Zeitschr. f. diätetische u. physikalische Therapie, Bd. VI, 1903.

18) Thiemich, Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31, 1901.

19) Reinach, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1903.

20) Pfister, Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. XV, 1904.

21) Kelp, ref. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. XIII, 1879.

Aqua oxymuriatica.

Von Dr. **Kappesser**, Generalarzt a. D. in Darmstadt.

Fast keine Woche vergeht, daß nicht die rastlose chemische Industrie uns mit einem neuen Heilmittel beschenkt, das natürlich an Unfehlbarkeit alle seine Vorgänger übertrifft, wie uns eifrige Beobachter in zahlreichen Berichten unserer Zeitschriften versichern. Da kann es nicht schaden, wenn auch einmal einer, dem es schon lange gedenkt, daran erinnert, daß es in unserem altüberlieferten Arzneischatz doch noch so manches Gute gibt, das jetzt unbeachtet am Wege steht, wozu ich auch das in der Ueberschrift genannte Mittel rechne, wenn es auch, was seinen Geruch betrifft, sich nicht mit dem Veilchen vergleichen läßt, das „am Wege einsam blüht“.

Bei meiner halbhundertjährigen Berufstätigkeit habe ich einige Beobachtungen gemacht, welche zu veröffentlichen ich mich lange gescheut habe, teils weil ich fürchtete, verletzenden Zweifeln zu begegnen, wenngleich ich für jedes Wort des von mir Erzählten einstehe, sodann aber auch, weil ich mich außerstande fühlte, irgend eine genügend wissenschaftliche Erklärung für die Vorgänge, die sich unter meinen Augen abgespielt haben, zu

geben. In einem Aufsatz von Westphalen, in der „Berl. klin. Wochenschr." 1891, Nr. 37, betreffend Salzsäure gegen Hirnkopfschmerz gastrischen Ursprungs, sind anscheinend ähnliche Fälle beschrieben, wie ich sie beobachtete, aber auch dort ging der Verfasser einer wissenschaftlichen Erklärung aus dem Wege, indem er sich in der Ueberschrift: „Ueber Hirnkopfschmerz gastrischen Ursprungs" damit abfand. Nachdem uns die Lehre von der Autointoxikation über so manchen seither dunklen Punkt Aufklärung geschaffen, dürften auch die von mir zu erzählenden Fälle eher ihre Erklärung finden, und ich wünsche schon um deswillen nicht, daß sie mit mir in Vergessenheit geraten möchten, weil, dadurch veranlaßt, vielleicht der eine oder der andere Kollege ähnlich erfreuliche Resultate in seiner Praxis erleben könnte.

1. Im November 1865 wurde ich zu einem Landwirte mehrere Stunden von hier berufen wegen „hartnäckigen Kopfleidens". Der Mann, ein hagerer, angehend Fünfziger, lag zu Bett und erzählte mir folgendes: Die Ereignisse des Jahres 1866 hatten insoferne ihre Schatten vorausgeworfen, als bei dem damals in den süddeutschen Kontingenten noch bestehenden militärischen Stellvertretungssystem bei dem allgemein erhöhten Dienststand gerade der Mangel an ländlichen Arbeitern sich besonders fühlbar machte, und so hatte denn der Mann in dem vielleicht heißesten und längsten Sommer des Jahrhunderts übermenschliche Anstrengungen gemacht, um seinen Ernteertrag unter Dach zu bringen. Schon Ende Juli hatte er Schmerzen im Hinterkopf gespürt, welche anfangs auf ärztliche Verordnung nachgelassen hatten, gegen Ende August aber von neuem in stets steigender Heftigkeit einsetzten und seither allen Kurversuchen verschiedener Aerzte getrotzt hatten. Der Kranke zeigte mir eine Lücke im Zimmerboden, wo er stundenlang liegend die Stirn in die kühle Erde gepreßt habe, um Linderung der furchtbaren, wie von einem Schraubstock verursachten Schmerzen im Hinterkopf zu suchen. Mitte September sah er zum erstenmale, daß seine ins Zimmer tretende Frau zwei Köpfe zu haben schien; seitdem sah er meist die Gegenstände doppelt. Dazu gesellte sich noch häufiges Erbrechen, das ihm besonders dadurch lästig war, daß er den ganzen Mageninhalt durch die beiden Nasenöffnungen hinauspressen mußte (Lähmung des Gaumensegels?). Die Untersuchung der vorderen Brustseite, wie des eingezogenen, aber weichen und nirgends empfindlichen Bauches ließ nichts Abnormes wahrnehmen. Als ich jedoch den Kranken sich aufsetzen hieß, um die hintere Brustseite zu untersuchen, trat augenblicklich Erbrechen in der vorher beschriebenen Weise ein. Zugleich sank der Puls, an dem mir vorher nichts Besonderes aufgefallen war, auf 32 Schläge in der Minute herab, so daß ich, erschreckt und eine peinliche Katastrophe fürchtend, vorerst von jeder weiteren Untersuchung abstand. Die Lähmungserscheinungen an der Augen- und Gaumenmuskulatur, sowie die Störungen im Bereich des Vagus im Zusammenhang mit den konstanten Schmerzen im Hinterkopf legten zunächst den Gedanken an schwere Veränderungen an oder im Gehirn nahe, welche für eine erfolgreiche Therapie wenig Aussicht boten. Lediglich, um doch etwas zu tun, und mit Rücksicht auf den vorhandenen leichten Magenkatarrh verordnete ich, einer augenblicklichen Eingebung folgend, das Mittel, das in meiner Studienzeit bei Behandlung des Typhus eine große Rolle spielte und jetzt, vielleicht mit Unrecht, zu sehr in Vergessenheit geraten ist, nämlich: Aq. oxymuriat. Unc. 1, Aq. destill. Unc. 5, zweistündlich einen Eßlöffel. In der folgenden Nachmitternacht wurde ich durch einen Extraboten aufgeweckt mit der stupenden Nachricht, der Kranke habe, nachdem er erst einige Löffel der Arznei zu sich genommen, sich für völlig gesund erklärt und nur wegen noch bestehender Verstopfung sei er, der Bote, nach der benachbarten Apotheke um ein Mittel dagegen gesandt worden. Da ihm aber der Apotheker dringend geraten, nichts ohne Rat des Arztes zu tun, der in dem landbekannten schweren Krankheitsfall anscheinend den rechten Weg gefunden, sei er noch in der Nacht die

drei Stunden weiter hieher gefahren. Eine tüchtige Dosis Rizinusöl hatte dann auch so günstig gewirkt, daß ich anderen Tages meinen Patienten munter am Tisch sitzend fand. Er ist von da an gesund geblieben, wie ich mich nach zehn Jahren zufällig persönlich überzeugen konnte. Er ist später an einer einfachen Lungenentzündung gestorben.

2. Ein siebenjähriger aufgeweckter Knabe, der sechste von acht gesunden Kindern eines hiesigen Gastwirtes, sollte in jüngster Zeit öfter an Kopfweh mit Erbrechen leiden, was man erst geneigt war, für Folge von Näschereien zu halten, wozu das Geschäft der Eltern wohl Gelegenheit bieten möchte. Nachdem ich aber einmal einen solchen Anfall selbst gesehen und namentlich die heftigen, hauptsächlich über die Atemmuskeln der rechten Hals- und Brustseite ausgebreiteten Krampfbewegungen, welche durch den Brechakt ausgelöst wurden, wahrgenommen hatte, war es mir, hauptsächlich durch Vergleichung mit einem kurz vorher an einem fast gleichalterigen Knaben beobachteten Krankheitsfall, wo die Sektion eine Anzahl von einzelnen Tuberkelknoten in der Hirnmasse nachwies, nicht zweifelhaft, daß es sich auch hier um den gleichen Prozeß handelte. Meine etwas kühne Diagnose, wenn auch anfangs von anderer Seite stark angezweifelt, wurde beim Tod nach achtmonatlichem unsäglichem Leiden durch die leider allein nur gestattete Gehirnsektion bestätigt, indem ein einzelner, käsiger, muskatnußgroßer Tuberkel in der linken Hälfte des Kleinhirns vorgefunden wurde.

Bei der Aussichtslosigkeit jeder Therapie verfiel ich eines Tages darauf, einmal das obige Mittel zu erproben und verordnete Aq. chlori 15·0, Aq. destill. ad 120·0, zweistündig ein halber Eßlöffel. Zu meiner größten Ueberraschung fand ich am anderen Tag den kleinen Patienten angekleidet mit seinen Büchern beschäftigt mit der Behauptung, er sei wieder ganz gesund und wolle in den nächsten Tagen zur Schule gehen. Leider hat dieser einzige Lichtpunkt in der langen Leidenszeit nicht viel über zweimal vierundzwanzig Stunden angehalten. Dann begann wieder der alte Jammer. Wenn auch eine spätere Wiederholung des Mittels eine nochmalige ähnliche Wirkung nicht mehr erzielte, so halte ich doch das post hoc ergo propter hoc in dem einzigen Falle für durchaus berechtigt.

3. Von dem mit dem Revierdienst im Regiment beauftragten Unterarzt wurde ich eines Tages aufgefordert, die Frau eines Unteroffiziers mit zu besuchen, welche nach einem Tags zuvor erlittenen Fall auf den Kopf beunruhigende Hirnsymptome wahrnehmen lasse. Die Frau, eine reifere Köchin, hatte am Tag vorher mit ihrem Sergeanten Hochzeit gehalten und war nach beendigtem Festschmaus noch einmal in ihr Gelaß bei der seitherigen Herrschaft gestiegen, um den ihr geschenkten Hausrat heimzuholen, und war dabei, schwer bepackt, auf der steilen Treppe kopfüber hinabgestürzt. Sie sei, erzählte sie, anfangs taumelich gewesen und habe bemerkt, daß sie aus dem linken Ohr blute, habe sich aber dann aufgerafft und sich nach Hause geschleppt, wo sie von Uebelkeit und heftigem Schmerz im Hinterkopf befallen, ihr Bett nicht mehr erreichen konnte. Wir fanden sie, halb entkleidet, auf einem Divan gelagert. Sie klagte, daß sie vor Uebelkeit und Schmerz den Kopf nicht heben könne. Außer einer tüchtigen Beule über dem linken Seitenwandbein und einer frischen kleinen Rißwunde am Antitragus des linken Ohres (wohl Ursache der Ohrblutung, welche den Arzt mit Recht zuerst erschreckt hatte), waren Spuren äußerer Verletzung nicht wahrzunehmen. Ebensowenig waren Bewegungsstörungen an der Pupille, der Zunge oder den Extremitäten vorhanden. Als ich aber die Kranke nötigte, sich aufzusetzen, sank der vorher normale Puls plötzlich auf einige und dreißig Schläge herab. Gerade dieses Phänomen, sowie der Gedanke an die vorausgegangenen Festgenüsse veranlaßten mich, neben den seither schon geschehenen therapeutischen Anordnungen das, schon früher erprobte, verdünnte Chlorwasser (1:6), zweistündig einen Eßlöffel, in Vorschlag zu bringen, was auf dem Gesichte meines jungen Untergebenen sichtliche Zeichen enttäuschter Verwunderung her-

vorrief. Noch verwunderter aber war er, als er mir am anderen Morgen meldete, er habe seine Patientin mit dem Besen in der Hand bei der Hausarbeit betroffen, und mit der Bemerkung: nachdem sie etwa die Hälfte der „stinkigen Arznei“ genommen, sei sie wieder ganz gesund und habe daher weder diese, noch den Doktor überhaupt mehr nötig, was ich durch den Augenschein später nur bestätigen konnte. So lange ich sie im Auge behalten, haben sich auch spätere Nachwehen von dem Unfall bei der Patientin nicht mehr eingestellt.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Einige Bemerkungen zur Behandlung der Hyperazidität des Magensaftes. Von Wilhelm Ebstein in Göttingen.

Vf. weist neuerdings auf die von ihm seit Jahren geübte Behandlung der insbesondere mit chronischer Obstipation vergesellschafteten Hyperazidität des Magens unter kurzer Skizzierung des Verlaufes von 9 Fällen hin. Die Behandlung besteht in der Anwendung von großen Oelklysmen, wobei unerläßliche Bedingung ist, daß das Oel von den Kranken genügend lange im Darme festgehalten wird. Hiebei kann oft die Beobachtung gemacht werden, daß die Hyperazidität des Magensaftes bereits schwinden kann, bevor die Evakuation des Darmes vollendet ist. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48, 1904.) Laub.

Zur Behandlung des Erysipels. Von Prof. Felix Franke in Braunschweig.

In der Absicht, durch starke Kompression der zentralwärts von dem Erysipel gelegenen Lymphbahnen nicht nur die in ihnen weiter kriechenden Kokken, sondern auch ihre Produkte zurückzuhalten, zieht der Vf. schmale Heftpflasterstreifen in der Ausdehnung von etwa vier Fünftel des Umfanges des Gliedes um dieses fest herum, so daß eine tiefe Furche entsteht, und zwar so, daß ein Streifen etwa 2 cm von der Grenze des Erysipels gezogen und so angelegt wird, daß die offene Stelle gegenüber dem am wenigsten weit vorgerückten Rande des Erysipels liegt. 2 cm weiter zentralwärts wird ein zweiter Streifen so angelegt, daß die offene Stelle auf der entgegengesetzten Seite des Umfanges zu liegen kommt, darauf ein dritter Streifen ebenso weit entfernt, mit der offenen Seite wieder dem ersten Streifen entsprechend. Auf diese Weise wird eine zirkuläre Abschnürung des Gliedes vermieden.

Am Kopfe geschieht die Abschnürung nicht mittels Heftpflasters, sondern mittels Kollodiums. Die erysipelatöse Hautstelle wird mit Ichthyolsalbe bestrichen. Mit dieser Behandung will Vf. ausgezeichnete Erfolge gehabt haben. — (Therap. Monatsh., H. 11, 1904.) Laub.

Zur Kenntnis der Jodwirkung bei Arteriosklerose. Von Dr. Ottfried Müller und Dr. Ryokichi Inada. Mit einem Vorwort von Prof. Romberg in Tübingen.

Während seit Huchard angenommen wurde, daß die Jodsalze die kleinen Gefäße erweitern und dadurch die Durchblutung der Organe erleichtern, teilte Romberg auf dem Leipziger Kongreß 1904 mit, daß er eine Wirkung der Jodsalze auf das Blut für wahrscheinlicher halte als einen Einfluß auf die Gefäße. Die von seinen Assisten Müller und Inada in der Marburger Poliklinik zunächst an Gesunden, dann an zwei Arteriosklerotikern durchgeführten Untersuchungen scheinen in der Tat die Annahme R.s zu bestätigen. Sie fanden, daß die Viskosität des Blutes durch Jodgebrauch allmählich abnimmt. Das Blut wird durch Jodgebrauch leichter flüssig.

Diese Auffassung der Jodwirkung ge-

stattet eine präzise Indikationsstellung für die Anwendung des Mittels.

Nach R.s Ansicht sieht man keine Einwirkung der Jodsalze auf die bereits ausgebildeten anatomischen Störungen arteriosklerotischen Ursprungs. Blutungen oder Erweichungen im Gehirn, schwielige Myokardveränderungen, interstitielle Nephritiden werden nicht beeinflußt. Ausgezeichnet wirken dagegen die Jodsalze bei den beginnenden Störungen, die überwiegend auf der unzureichenden Durchblutung beruhen, bei denen tiefere anatomische Läsionen der Organe selbst noch fehlen. So wirkt das Jod besonders gut bei den häufigen Anfängen der zerebralen Arteriosklerose, bei leichter und mittelschwerer Angina pectoris, bei mäßiger Herzschwäche mit auffallender Dyspnoe nach Bewegungen und hin und wieder auch bei kardialem Asthma und bei der Claudicatio intermittens.

Direkt schädlich kann das Jod bei der Abart des kardialen Asthmas wirken, welche man bei arteriosklerotischer Schrumpfniere infolge eines urämischen Lungenödems beobachtet. Auch bei der gelegentlichen Komplikation der Basedow'schen Krankheit mit sklerotischen Herzveränderungen ist vom Jodgebrauch abzuraten. Schließlich ist bei Kropfkranken mit Herzerscheinungen deren sklerotische oder strumöse, resp. Basedow'sche Entstehung nicht ganz sicher zu entscheiden ist, nur sehr vorsichtig Gebrauch von dem Jod zu machen.

Zur Erzielung der erwünschten Wirkung genügen mäßige Gaben, etwa dreimal täglich 0·30—0·50 g Jodkalium oder Jodnatrium, die bei Beachtung der E r l e n m e y e r'schen Vorschriften (Verbot saurer Speisen und Getränke, Zufuhr von Alkali neben dem Jodpräparat) meist gut vertragen werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48, 1904.) L a u b.

Diagnose und Behandlung der Frühstadien der Tabes. Von Prof. Friedrich S c h u l t z e in Bonn.

Während die Diagnose der vollausgebildeten Tabes keinen Schwierigkeiten begegnet, kann dieselbe zu solchen im Beginn der Erkrankung Anlaß geben. Nach der Erfahrung des Vf. werden am häufigsten die sogenannten g a s t r i s c h e n K r i s e n verkannt, die nicht selten mit Gallensteinkrankheiten, mit anderen Magenkrankheiten, mit Darmschmerzen, mit Pankreas- und Nierenkoliken verwechselt werden können. Es sind daher beim Auftreten an gastrische Krisen erinnernder Schmerzen stets neben der Prüfung der Pupillar- und Patellarreflexe auch noch die Achillessehnenreflexe zu prüfen, da, wenn dieselben fehlen oder nur einseitig vorhanden oder bloß deutlich abgeschwächt sind, bei Ausschluß anderweitiger Ursachen die Diagnose auf Tabes gegeben ist.

Anstatt der vollausgebildeten Magenkrisen können aber auch nur Andeutungen von ihnen vorhanden sein, also einfache Kardialgien, plötzliche Uebelkeiten oder gar nur Anfälle von Pyrosis, bloße Neigung zu Magensäuren, anfallsweise auftretender Speichelfluß, Symptome, wie sie als rudimentäre Formen von Krisen beschrieben sind.

Aehnlich verhält es sich mit den seltener auftretenden D a r m k r i s e n, wobei selbstverständlich darauf geachtet werden muß, daß nicht irgend welche organische Veränderungen vorhanden sein dürfen, die diese Anfälle ausreichend erklären.

Mitunter treten auch krisenähnliche Zustände im Z i r k u l a t i o n s a p p a r a t auf, die sich insbesondere in Anfällen von T a c h y k a r d i e n bemerkbar machen.

Bei den allgemein bekannten l a r y n g e a l e n K r i s e n kann nicht selten eine Lähmung der Stimmbanderweiterer konstatiert werden.

Wichtig ist ferner, daß manchmal zuerst t r o p h i s c h e S t ö r u n g e n d e r H a u t oder G e l e n k e und K n o c h e n die Kranken zum Arzte führen. Insbesondere sei zu erinnern an das sogenannte M a l p e r f o r a n t, an schmerzlos aufgetretene G e l e n k s c h w e l l u n g e n, sowie an schmerzlos aufgetretene K n o c h e n b r ü c h e.

Ferner gehen mitunter S t ö r u n g e n i m B e r e i c h e d e r B l a s e n f u n k-

tion und Erscheinungen von Impotenz jahrelang jedem anderen Zeichen von Tabes voraus.

Vielfach werden die Sinnesorgane zuerst befallen, vor allem die Augen (Atrophie der nervi optici, Lähmung der Augenmuskeln), aber auch tabische Gehörsstörungen scheinen nicht selten zu sein. Sie treten in Form von Ohrensausen und Gehörsabnahme auf.

Für die Diagnose der Tabes ist die Angabe einer überstandenen Lues in der Anamnese von außerordentlicher Wichtigkeit. Ist Lues sicher dagewesen, so haben die kleinsten der erwähnten Einzelheiten eine große Bedeutung.

Was nun die Therapie anlangt, so steht neben der Enthaltung von allen seelischen, geistigen und körperlichen Anstrengungen an der Spitze der Behandlung eine zweckmäßige, lange und mit Pausen fortgesetzte antisyphilitische Behandlung. Quecksilberkuren können mit Jodkuren in der Art abwechseln, daß zuerst eine Quecksilberkur vorausgeschickt wird, später alle paar Monate etwa ein Monat lang Jodkalium oder Jodnatrium dargereicht wird. Nach $^1/_2$—1 Jahr kann dann von neuem eine Quecksilberkur folgen. Zweckmäßig kann mit einer solchen Kur eine Bäderbehandlung verbunden werden; großer Beliebtheit erfreuen sich insbesondere die kohlensauren Bäder. Zu warnen ist jedoch vor der Behandlung der Tabiker mit heißen Prozeduren oder mit energischen Kaltwasserkuren.

Gegen frühzeitige Blasen- und Geschlechtsschwäche ist die Anwendung des elektrischen Stromes und die innerliche oder subkutane Applikation von Strychnin und Nux vomica am Platze.

Gegen die lanzinierenden Schmerzen empfiehlt Vf. Pyramidon, bei Magenkrisen ist Morphium nicht zu umgehen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48, 1904.) Laub.

Aderlaß bei Urämie. Von Dr. M. Jaerisch.

Vf. berichtet über einen 17jährigen Mann mit akuter Nephritis unbekannter Aetiologie. Trotz sorgfältiger Behandlung traten in der Zeit zwischen 7 Uhr abends und 5 Uhr früh nicht weniger als 47 schwere urämische Konvulsionen ein. Es wurde sofort ein Aderlaß von 500 g gemacht und physiologische Kochsalzlösung injiziert. Trotzdem erlangte Patient erst nach einem zweiten Aderlaß von 500 g das Bewußtsein wieder, worauf der Puls besser wurde, die Konvulsionen nachließen und in einigen Tagen Erholung eintrat. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, 1903.) F. L.

Ueber Massagebehandlung gastrointestinaler Störungen. Von Dr. Gustav Norström.

Die Erfahrungen des Vf. basieren auf langjähriger klinischer Anwendung der Magenmassage. Er bespricht die dadurch entstehende Kräftigung und Anregung der chemichen Produktion. In einer Reihe von Fällen hatte er vollen Erfolg oder wenistens Besserung bei Gastritis chronica, Hypochlorhydrie, Diarrhöe, Pylorospasmus, Obstipation, Darm- und Magenatonie etc. Er sagt: die Massage beeinflußt die Drüsenelemente des Magens und die chemische Tätigkeit; sie sucht die gestörten Funktionen und die Komponenten des Magensaftes wieder herzustellen und vermag sowohl die Steigerung der letzteren zu vermindern, als auch ihre Herabsetzung günstig zu beeinflussen. — (Medical Record Nr. 6, 1904.) F. L.

Ueber den Wert der Warmwassereinläufe an Stelle der Nährklystiere bei der Behandlung des Magengeschwüres. Von Dr. W. Pasteur.

Vf. hat von den während der letzten 18 Monate von ihm angewandten Einläufen von körperwarmem Wasser gute Erfolge gesehen; es wird dadurch das Durstgefühl gestillt, unangenehme Empfindungen und der schlechte Geschmack im Munde beseitigt und das Befinden gebessert. Man beginnt mit 150—180 g, steigt jedesmal um 30 g, bis zirka 300 g leicht zurückbehalten werden, alle 4—6 Stunden ein Einlauf. Es kann in den meisten Fällen etwas peptonisierte Milch per os gegeben werden gegen Ende der

ersten Woche. Einige Patienten des Vf. bekamen 10—14 Tage lang keine Nahrung. Seine Methode gibt angeblich ebenso gute Resultate, wie der Gebrauch von Nährklystieren. Sie ist leichter auszuführen (? Ref.) und dem Patienten angenehmer. — (The Lancet, 21. Mai 1904.)

F. L.

Die Fetternährung des Diabetikers und ihr Einfluß auf die Azidose. Von Sanitätsrat Dr. Lenné in Neuenahr.

Nach Untersuchungen von Geelmuijden u. a. ist das Fett als Muttersubstanz der bei stärkerer Anhäufung im Organismus mit Recht so gefürchteten Säuren zu betrachten. Damit wurde anscheinend die ganze frühere Lehre über die Herkunft der Oxybutter-Azetessigsäure und des Azetons über den Haufen geworfen, welche v. Noorden im Jahre 1893 in seiner Pathologie des Stoffwechsels folgendermaßen definierte: „Die pathologische Vermehrung des Azetons, die Ausscheidung von Azetessigsäure und -Oxybuttersäure zeigen die Vernichtung von Körpereiweiß an.“ Trotz der unleugbaren Tatsache, daß Fett die Quelle der genannten Säuren ist, bekennt sich Vf. als Anhänger der v. Noorden'schen Ansicht und ist auch heute noch der Ueberzeugung, daß die Azidose in der Regel nur dann zustande kommt, wenn der Organismus nicht mehr in der Lage ist, seinen Eiweißbestand in normaler Weise zu verteidigen. Unter diesen Umständen sehen wir aber die gefürchteten Substanzen ganz unabhängig von der Fettnahrung, ja selbst bei völligem Ausschluß derselben, wie beim ausgebrochenen Koma, den Organismus überschwemmen. Vor einigen Jahren hat Grube die von Hagenberg und Schwarz nachgewiesene Tatsache erhärtet, daß vor allem die Butter, speziell die in derselben enthaltene Buttersäure, als Quelle der Azidose anzusehen sei. (Da gerade die niederen Fettsäuren leicht die Azetonkörper produzieren, hat bekanntlich v. Noorden geraten, die Butter stets gründlich in Wasser auszukneten, da hiedurch die in ihr vorhandene Buttersäure ($C_4 H_8 O_2$) entfernt wird. Ref.) Vf. wendet sich nun an der Hand einiger Krankengeschichten gegen diese Anschauungen und beweist, daß Zuckerkranke, und zwar auch sogenannte schwere Erkrankungen bei verhältnismäßig hoher Butteraufnahme frei von Azetessigsäure bleiben können. Ohne irgendwelche Aenderung der Nährweise läßt sich bei einer Reihe von Fällen das Azeton aus dem Urin entfernen, wenn eine bestehende Stickstoffunterbilanz aufgehoben wird, wenn das Körpergewicht des Kranken sich hebt; die Hauptaufgabe bei der Behandlung des Diabetes mellitus hat demnach mit in der Regelung des Eiweißstoffwechsels zu bestehen. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie, Bd. 8, 1904/05.)

F. L.

Refraktometrische Eiweißbestimmungen zur Kontrolle therapeutischer Maßnahmen. Von Dr. B. Chajes. (Aus der III. med. Klinik zu Berlin; Prof. Senator.)

In Fortführung der mit H. Strauß begonnenen „refraktometrischen Eiweißbestimmungen an menschlichem Blutserum und ihre klinische Bedeutung“ berichtet Vf. heute über seine Methode, deren Details im Original und der zitierten Arbeit nachgesehen werden müssen. Es soll hier nur über die Resultate berichtet werden, die Ch. gefunden hat. Es läßt sich der Einfluß bestimmter therapeutischer Maßnahmen auf den Eiweißgehalt des Blutserums mit der Methode des Vf. studieren. Einer Reihe von Patienten wurde zu diesem Behufe täglich 40—45 g Sanatogen einverleibt (das Sanatogen besteht bekanntlich aus 95% Kasein und 5% glyzerinphosphorsaurem Natron und hat sich dem Vf. ebenso bewährt, wie wir dies seinerzeit in diesem Zentralblatt von Ewald berichten konnten. Ref.). Dann wurde, je nach der Beschaffenheit des Falles, für die Dauer von 8—14 Tagen der Brechungsindex des Blutserums vor der Sanatogenverabfolgung (um die Größe etwaiger Schwankungen des Eiweißgehaltes des Blutserums bei Fortfall sonstiger Einwirkungen festzustellen) bestimmt. — Vf. kam zu dem Schlusse, daß die Zu-

fuhr von großen Mengen leicht assimilierbaren Eiweißes (hier Sanatogen) in einer Reihe von Fällen eine Steigerung des Eiweißgehaltes des Blutserums zur Folge hat. — (Die Therapie d. Gegenw. Nr. 10, 1904.)

F. L.

Physikalische Therapie.

Ueber Nierenentlastung durch Schwitzen.

Von H. Strauß in Berlin.

Untersuchungen von 80 Schweißproben in Bezug auf Gefrierpunktserniedrigung, Kochsalzgehalt, chlorfreien „Rest der Gefrierpunktserniedrigung", Gesamtstickstoffgehalt und sogenannten Retentionsstickstoff mit spezieller Berücksichtigung der Frage der Nephritiker und Nichtnephritiker. Es ergab sich, daß die Gefrierpunktserniedrigung und vor allem ihr chlorfreier Anteil, sowie die Menge des Retentionsstickstoffes bei den Nephritikern im allgemeinen oder wenigstens häufiger größer war als bei den Nichtnephritikern. Für die praktische Verwendung dieser Versuchsergebnisse meint Strauß, sei zu bedenken, daß man Kochsalzretentionen in eine ätiologische Beziehung zu den Hydrophien der Nephritiker bringen dürfe, den Retentionssticktsoff hingegen in Beziehung zu urämischen Zuständen. Das Kochsalz wirkt wasserzurückhaltend, da trotz der Retention von Kochsalz der Kochsalzgehalt der Säfte nicht höher als 0·6% Kochsalz wird. Hydrophievermindernd kann also theoretisch nur eine solche Schwitzprozedur wirken, bei welcher der Schweiß mindestens 0·6% Kochsalz enthält. Das komme jedoch nur relativ selten vor und müßte durch ad hoc vorgenommene Schweißuntersuchung festgestellt werden. Im übrigen sei nach des Vortragenden Meinung die beste Behandlung der Hydropsien die Frühpunktion. Für die Blutreinigung im Sinne der Bekämpfung der Urämie glaubt dagegen Vf. aus seinen Zahlen präzisere, und zwar positive Schlüsse ziehen zu können. Die von ihm beobachteten Werte für den Retentionsstickstoff Nierenkranker, sind etwa doppelt so groß, als Vf. sie im Blutserum Nierengesunder gefunden hat. Doch kann er nicht sagen, ob die Epithelien der Schweißdrüsen dem Retentionsstickstoff gegenüber eine aktiv sezernierende Kraft zeigen. Die Versuchsergebnisse des Vf.s stützen die von verschiedenen Seiten erfolgte Empfehlung der Schwitzprozeduren für die Bekämpfung urämischer Zustände. Bei der Bekämpfung der Hydropsien durch Schwitzprozeduren liegen die Dinge nicht so einfach und in den einzelnen Fällen auch nicht gleichartig. Anscheinend hängt hier die Wirkung bis zu einem gewissen Grade vom Kochsalzgehalt des Schweißes ab. Von einer schädlichen Wirkung von Schwitzprozeduren auf dem Wege der von einigen gefürchteten Eindickung der Säfte, beziehungsweise ihres Gehaltes an toxischen Substanzen, hat Vf. sich nicht überzeugen können. — (Blätter f. klin. Hydrotherapie Nr. 9, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Zur Operation der Aneurysmen, insbesondere der Totalexstirpation.

Von Dr. Kolb.

An der Klinik Hacker wurde die Totalexstirpation des Aneurysmasackes hauptsächlich geübt und der Exstirpation wurde die Digitalkompression zentralwärts vom Aneurysma vorausgeschickt. Diese Kompression hatte nicht den Zweck, die Heilung herbeizuführen, sondern diente bloß dazu, einen genügenden Kollateralkreislauf zu erringen, und zwar sowohl in den Arterien als auch in den Venen. Die Kompression wurde durch 15—25 Minuten bis zu fünf Stunden lang jeden Tag ausgeübt und unter Einfluß derselben wurde mehrfach Verminderung des Schwirrens im Aneurysmasacke und Vermehrung der den Sack ausfüllenden Gerinnsel beobachtet. Das Wärmen der Extremität mit Wärmeflaschen und die Hochlagerung der Extremität scheint auf die Entstehung des Kollateralkreislaufes ebenfalls günstig eingewirkt zu haben.

Nach dieser Methode wurden sechs Aneurysmen an den Extremitäten ope-

riert und in allen Fällen hat sich die Zirkulation bald wieder hergestellt; Parästhesien, die nach der Operation bestanden, schwanden im Laufe von einigen Tagen. Das funktionelle Resultat war stets ein sehr gutes. Nachblutung aus der Arterie wurde in keinem Falle beobachtet, hingegen kam es bei einem Aneurysma arterio-venosum, bei welchem auch die Vene bei der Operation verletzt wurde, zu wiederholten venösen Nachblutungen; Patient wurde trotz dieser Komplikation geheilt.

Außer diesen Aneurysmen an der Extremität wurde auch ein Fall von Aneurysma der Maxillaris interna beobachtet und mittels Unterbindung der Carotis externa zur Heilung gebracht. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 43, H. 3.) E.

Ueber ausgedehnte Mesenterialabreißungen bei Kontusion des Abdomens. Von Dr. Neumann.

Die Gefahr ausgedehnter Abreißung des Darmes von seinem Mesenterialansatz ist eine sehr große. Vor allem ist es die Blutung aus den durchrissenen Mesenterialgefäßen, welche in kurzer Zeit den Tod herbeiführen kann, und weiters kann es, wenn die Blutung nicht tödlich verlaufen ist, zur Gangrän des entsprechenden Darmstückes kommen. Tatsächlich sind auch alle Fälle von ausgedehnter Mesenterialabreißung, die in der Literatur niedergelegt sind, tödlich verlaufen.

Dem gegenüber gestaltete sich der Verlauf eines hieher gehörigen Falles, der auf der Klinik Garré beobachtet wurde, dank dem raschen operativen Eingreifen günstig. Ein 12jähriger Knabe wurde von einem Wagen überfahren, wobei ihm das Rad über den Bauch ging. Aus der zunehmenden Dämpfung in den Seitenpartien des Abdomens, aus dem zunehmenden Verfall, aus der brettharten Spannung der Bauchmuskulatur und aus den gastrointestinalen Symptomen wurde auf eine intraabdominelle Blutung geschlossen. Die sechs Stunden nach der Verletzung vorgenommene Laparotomie ergab eine große Menge Blut in der freien Bauchhöhle und als Ursache derselben eine Abreißung des Dünndarms von seinem Mesenterialansatz in einer Länge von 150 cm. Nach Reinigung der Bauchhöhle wurde das abgerissene Darmstück abgetrennt und die beiden Lumina nach paralleler Aneinanderlagerung in die Bauchwunde eingenäht. Der Patient erholte sich in einigen Tagen vom Blutverlust, kam aber wegen der schlechten Ausnützung der Nahrung und des großen Flüssigkeitsverlustes trotz der Nährklystiere sehr herunter, infolge dessen wurde zirka drei Wochen nach der ersten Operation der Sporn des Darmes mittels einer Spornklemme durchtrennt und nach weiteren zwei Wochen wurde der Anus praeternaturalis durch Naht geschlossen. Drei Tage später hatte Patient Stuhl durch den After und erholte sich sehr rasch. Die Resektion eines so großen Stückes Dünndarm hatte für den Patienten gar keine weiteren Folgen in Bezug auf Ernährung. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 43, H. 3.) E.

Ueber schädliche Chloroformnachwirkung. Von Dr. Vorderbrügge.

Die schädliche Nachwirkung des Chloroforms ist auf Grund von Tierversuchen und Beobachtungen am Menschen bekannt und neuerlich hatte Vf. wieder Gelegenheit, zwei Fälle, von welchen der eine tödlich verlief, genau zu beobachten. Es handelte sich um ein 10jähriges, kräftig entwickeltes Kind, bei welchem eine Appendizitis im Intervall operiert wurde. Die Narkose dauerte 30 Minuten und verlief ohne jede Komplikation. Der Chloroformverbrauch war nicht genau festgestellt, jedenfalls unter 30 g. Am zweiten Tage post operationem stellte sich bei dem Tags zuvor noch ganz frisch aussehenden Kinde eine auffallende Apathie ein, welche am nächsten Tage einer tiefen Bewußtlosigkeit mit sehr lauten Delirien wich; dabei bestand Ikterus, Pulsbeschleunigung, herabgesetzte Urinsekretion, im Urin große Mengen Eiweiß, Zylinder und Blut; Temperatur war unter 38° C. Am vierten Tage nach der Operation trat der Tod im Koma ein und die Obduktion ergab den vollständigen Mangel einer Peritonitis und nur eine sehr schwere parenchymatöse Degeneration und Verfettung in Leber, Herz und Nieren,

also den für Chloroformvergiftung als typisch angesehenen Obduktionsbefund.

Der zweite Fall verlief günstiger; es handelte sich ebenfalls um ein Kind, das nur 12 g Chloroform inhalierte, dem aber 20 g 10%ige Jodoformglyzerinlösung injiziert wurden. Das Kind bekam einen ähnlichen Kollaps wie das erste, erholte sich aber in einigen Tagen und genas vollständig. Obwohl in diesem Falle auch an eine Jodoformintoxikation zu denken wäre (Glyzerinintoxikation; Anm. d. Ref.), glaubt Vf. dennoch an eine durch die Therapie beeinflußte Chloroformnachwirkung. In therapeutischer Hinsicht legt Vf. den Schwerpunkt auf die Prophylaxe. Da Patienten mit Herzmuskel- und Nierenerkrankungen durch Chloroform erfahrungsgemäß mehr gefährdet werden, als andere, ist bei diesen Patienten große Vorsicht in der Dosierung des Narkotikums geboten; ebenso auch bei heruntergekommenen oder von Haus aus schwächlichen Individuen. Weiters rät Vf. von dem Morphin in Form von subkutaner Injektion von 0·01 einige Zeit vor der Narkose Gebrauch zu machen, da dadurch am Narkotikum gespart wird, und da auch experimentell nachgewiesen wurde, daß bei gleichzeitiger Darreichung von Morphin die Spätwirkungen des Chloroforms geringer sind. Die Qualität des Präparats scheint auf die Stärke der Nachwirkungen keinen Einfluß zu üben, jedoch glaubt Vf. sowohl ruhigere Narkosen und auch weniger üble Zufälle während der Narkose zu haben, seitdem er das Anschütz'sche Präparat benützt.

Die Therapie der Chloroformvergiftung besteht vor allem in Erhaltung der Herzkraft und Anregung der Diurese und Diaphorese, um das Gift aus dem Körper zu entfernen und der drohenden Urämie entgegenzuarbeiten. Kochsalzinfusionen versprechen auch einen großen Nutzen; Erfahrungen über letztere sind aber derzeit noch nicht vorhanden.

Trotz der Gefahren, die das Chloroform in sich birgt, glaubt Vf. nicht, daß es je möglich sein wird, dasselbe durch Aether zu ersetzen, hingegen hat er von der Kombination Morphium-Chloroform-Aether-Tropfnarkose mit der Sudeck'schen Maske, die Vf. seit einigen Monaten auf der chirurgischen Station in Verwendung sicht, gerade bei heruntergekommenen für reine Chloroformnarkosen ungeeigneten Patienten gute Resultate gesehen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 74, H. 1.) E.

Laryngologie und Rhinologie.

Heilung der Ozäna mit kaltem (Finsen-) Licht. Von Dr. Alfred Leopold.

L. berichtet über fünf Fälle von vorgeschrittener Ozäna, die er mit günstigem Resultate mit Finsen-Licht behandelt hat, dessen bakterizide Eigenschaften er zunächst an einem hartnäckigen, jeder Therapie trotzenden Falle erprobte. Er verwendete die von Dr. Strebel in München konstruierte Bogenlampe mit Wasserkühlung, deren durch Linsen konzentriertes Licht mittelst entsprechend gekrümmter Glasstäbe in die Nasenhöhle geleitet wurde. Nach fünfmaliger, nach je zwei Tagen vorgenommener Belichtung war der üble Geruch und die Borkenbildung vollständig verschwunden, dann folgten noch sieben Sitzungen. Die Heilung ist seit einem Jahre anhaltend. Aehnlich verliefen die vor einem halben Jahre behandelten übrigen vier Fälle. (Die Dauer der einzelnen Belichtungen ist nicht angegeben. Ref.) — (Forschritte d. Medizin, Nr. 29, 1904.) Weil.

Kollargolpinselungen bei Angina und Diphtherie. Von Dr. K. Justi.

Vf. hatte bei mehreren septischen Erkrankungen von intravenösen Kollargolinjektionen eklatante Erfolge gesehen und deshalb entschloß er sich, das Mittel bei infektiösen Prozessen des Mundes und Rachens lokal zu versuchen, zumal ihm am Orte seiner Praxis ein verläßliches Diphtherieheilserum nicht zu Gebote stand. Er pinselte die Tonsillen und den Pharynx dreimal täglich mit 5% wässeriger Kollargollösung und beobachtete dabei sehr raschen Abfall der Temperatur, leichte und schnelle Ablösung der Membranen, welche sich meistens nach der ersten Pinselung nicht mehr erneuerten, Resultate, welche er in einem anderen

Falle mit Löffler'scher Lösung nicht erzielen konnte. Die Pinselungen werden stets gut vertragen, verursachen keine Schmerzen, rufen nur metallischen Geschmack hervor; durch etwaiges Verschlucken des Medikamentes treten keine üblen Folgen ein. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 49, 1904.) Weil.

Ueber nervösen Halsschmerz. Von Dr. Georg Boenninghaus.

Es gibt viele Kranke, besonders aus den besseren Ständen, welche über konstante schmerzhafte Halsbeschwerden klagen, die bald als Brennen, bald als Wundsein oder als einfacher Druck bezeichnet werden; manchmal wird dadurch öfteres Leerschlucken veranlaßt, welches die Beschwerden noch steigert. Das Leiden entsteht allmählich, mit Reizbarkeit und Verschleimung, selten bleibt es nach einem akuten Katarrh zurück. Objektiv ist nur ein geringfügiger chronischer Rachenkatarrh zu finden; zuweilen sind Tonsillarpfröpfe die Ursache der Beschwerden. Viele solche Kranke werden aber lange Zeit gepinselt und gebrannt, bis man sich schließlich daran gewöhnt, sie für neurasthenisch oder hysterisch zu halten.

Vf. findet nun in vielen solchen unklaren Fällen bei der systematischen Palpation des äußeren Halses exquisite Druckpunkte, und zwar einen oberen seitlich zwischen Zungenbein und Schildknorpel und einen unteren über der Klavikula dicht neben der Luftröhre. Der obere Punkt entspricht dem Durchtritte des Schleimhautastes des N. laryngeus superior durch die Membrana hyothyreoidea, der untere der Austrittsstelle des N. laryngeus inferior (recurrens) aus der Brusthöhle zum Halse. (Das wäre auch ein Beweis dafür, daß der Rekurrens auch sensible Fasern führt.) Die Kranken geben dann sofort diese Punkte als das Zentrum ihrer Beschwerden an. Andere Druckpunkte sind selten. Daß alle übrigen Teile des Halses bei akuten Erkrankungen druckempfindlich sein können, ist selbstverständlich; das darf aber mit den jetzt beschriebenen Zuständen nicht verwechselt werden. B. nimmt an, daß es bei diesen infolge von Katarrhen sekundär zu einer Erkrankung der Nerven wenigstens in ihren sensiblen Schleimhautfasern kommt. (? Ref.) Die besten Erfolge hat B. hier mit der äußeren Massage des Halses erzielt. Man stellt sich hinter den Kranken, legt die Daumen an den Nacken und massiert mit den Spitzen der übrigen Finger möglichst sanft und gleichmäßig. Wenn man den Kranken für den häuslichen Gebrauch eine beruhigende Halseinreibung verschreibt, kommt dabei auch besonders die Massagewirkung zur Geltung. Die innere Kehlkopfmassage hat B. schon lange gänzlich aufgegeben. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 46, 1904.) Weil.

Heilung eines Falles von allgemeiner Tuberkulose mit lokalen Erscheinungen am Larynx durch Dr. Marmoreks Antituberkuloseserum. Von Dr. Schwartz.

Eine hereditär belastete 18jährige Patientin mit ziemlich ausgedehnter Spitzentuberkulose wurde mit Marmoreks Serum behandelt. Der Larynx, der schon früher suspekt gewesen war, zeigte in der Pars interarytaenoidea zottenförmige Exkreszenzen. Nach 14 Tagen zeigten sich die Aryknorpel geschwollen, auf dem rechten zwei hanfkorngroße gelbliche Beläge; zwei Tage später zeigte sich ein neuer miliarer Herd am Rande der Epiglottis. Mit der Besserung des Lungenbefundes wurde der Larynx bald vollkommen normal. Eine zweite Patientin mit ähnlichem Befunde zeigte am sechsten Tage der Behandlung mit Marmoreks Serum ebenfalls miliare Ulzera am linken Aryknorpel, die bald heilten. — (Allg. med. Zentral-Ztg., Nr. 41, 1904.) Weil.

Augenheilkunde.

Ueber die Ursachen der Herabsetzung der Sehleistung durch Blendung. Von Borschke.

Depène gibt als Ursache der Alteration der Sehschärfe bei Blendung zweierlei an, je nachdem eine Besserung oder Verschlechterung der Sehschärfe resultiert: Die durch die Blendung verursachte Pupillenverengerung bedingt Ver-

besserung der Sehschärfe, die durch die Blendung verursachte Adaptationsstörung der Netzhaut bedingt Verschlechterung der Sehschärfe.

Fuchs erklärt die Verschlechterung der Sehschärfe durch Blendung dadurch, daß der Unterschied zwischen den hellen und dunklen Teilen der Netzhaut weniger auffallend ist als unter normalen Verhältnissen.

Borschke kommt auf Grund seiner Versuche zu folgendem Ergebnisse: Die Herabsetzung der Sehschärfe durch Blendung konnte bei den Versuchen immer nur dann gefunden werden, wenn eine solche Herabsetzung auf Grund einer rein physikalischen Veränderung des Bildes derart, daß dessen Wahrnehmung nach den psychophysischen Gesetzen geschädigt war, erwartet werden mußte.

Der Pupillenreaktion konnte nur in dem einen Falle eine Bedeutung zugeschrieben werden, wenn die Blendung das andere nicht beobachtende Auge traf.

Der wichtigste Faktor war die Ueberdeckung des auf der Netzhaut entstandenen Bildes durch einen diffusen Lichtschleier, und zwar war dieser Lichtschleier hauptsächlich verursacht:

a) durch Zerstreuung des blendenden Lichtes an der Netzhaut,

b) durch das die Sklera durchdringende Licht,

c) durch den faserigen Bau der Kristalllinse,

d) durch Schleimflöckchen an der vorderen Hornhautfläche,

e) durch in der Luft suspendierte Partikelchen. — (Zeitschr. f. Psychologie u. Physiologie d. Sinnesorgane, Bd. 35.)

Dr. Jänner.

Ueber Aristolöl in der Augenheilkunde. Von Daxenberger.

Speziell französische Autoren sind es, die seit Jahren die Anwendung von Oelkollyrien an Stelle der wässerigen Kollyrien empfehlen, und namentlich Terson lobt das Oleum Eserini (eine Lösung von Eserinum purum in Ol. arachidis oder Ol. oliv.) ganz besonders.

Auf Veranlassung des Vf. stellen die Farbenfabriken F. Bayer in Elberfeld eine 10%ige Lösung von Aristol in Sesamöl dar; die Lösung stellt eine klare, rotbraune Flüssigkeit dar, ist unbegrenzt haltbar und jederzeit gebrauchsfähig; dieselbe wurde mit gutem Erfolge bei folgenden Augenerkrankungen angewendet:

1. Bei fast allen entzündlichen Lidaffektionen: die Schuppen und Krusten werden mit $H_2 O_2$ gereinigt, entfernt, und die Lidränder mittels steriler Gaze mit Aristolöl zweimal täglich eingestrichen; das Aristolöl ersetzt, ja übertrifft die gewöhnlichen Lidsalben an Wirkung.

2. Bei skrofulöser Ophthalmie wirkt 1—2mal tägliche Einträufelung von 2 bis 5 Tropfen Aristolöl sehr gut; entzündungswidrig, schmerz- und krampfstillend, der Blepharospasmus schwindet alsbald. Begleitende Ekzeme des Gesichtes oder des behaarten Kopfes kann man nach entsprechender Reinigung durch Auflegen von Aristollappen behandeln.

3. Bei leichten Erosiones corneae: Aristolölverband.

4. Bei Kalkverätzungen der Konjunktiva und Kornea. — (Wolffberg, Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges Nr. 10, VIII. Jahrg.) Dr. Jänner.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Kolpotomie — Operation der Wahl bei Pyosalpinx. Von Treub.

Vf. hatte Gelegenheit, im Jahre 1899 auf dem Amsterdamer Kongreß seine Ansicht zu vertreten, daß der Pyosalpinx in konservativer Weise mittels Colpotomia posterior und nachfolgender Jodoformgazetamponade anzugehen sei und versucht diese seine Ansicht durch 79 einschlägige Fälle zu erhärten. Vf. geht dabei derart vor, daß er nach vierwöchentlicher resorbierender Behandlung, wenn Fieber und hochgradige Schmerzhaftigkeit andauert, sowie die Größe des Tumors konstant bleibt, die Peritonealhöhle ohne Rücksicht auf Lage, Größe und Bestehen des Tumors, vom hinteren Scheidengewölbe aus eröffnet. Dann löst er, womöglich auf stumpfem Wege, die Adhäsionen, durchbohrt dann die Wand des Eitersackes, dringt womöglich in alle



Rezessus der Abszeßhöhle, so daß der Eiter vollständig abfließen kann. Hierauf wird mit einer Borsäurelösung nachgespült und die Abszeßhöhle mit Jodoformgaze sehr fest austamponiert, was alle 4 bis 6 Tage wiederholt werden soll. Bei den oberwähnten 79 Fällen wurde auf diese Weise vorgegangen. Zu bemerken ist, daß 13 von denselben sich bei der Operation als Hydrosalpinges erwiesen. Vf. erzielte bei 44 Fällen radikale Heilung und rechnet sich dies zu einem besonderen Verdienste an, weil er auf diese Weise eben so viele Frauen im zeugungsfähigen Alter von 17—34 Jahren vor dem Klimakterium präkox bewahrt haben will. Zwei Fälle gingen an Pyämie zugrunde. Bei den restlichen trat wohl in der Mehrzahl unmittelbar nach dem operativen Eingriff Besserung ein, doch hielt dieselbe nicht dauernd an und mußte zu wiederholtenmalen eingegriffen werden, ehe ein halbwegs zufriedenstellendes Resultat erzielt werden konnte. Im äußersten Falle bleibt die totale vaginale Totalexstirpation, das Ultimum refugium, wenn mit der vom Vf. angegebenen Methode nichts erreicht werden kann. — (Revue de gynécologie, VI, 1, 1903.) Königstein.

Ein Fall von Transplantation des Ureter zur Beseitigung einer Uretero-Vaginalfistel. Von L. Smith.

Vf. berichtet über eine 34jährige Frau, bei welcher im Verlauf einer Zangengeburt so enorme Weichteilverletzungen gesetzt wurden, daß sich in der Folge eine Harnleiter-Scheidenfistel etablierte. Es wurden mehrfache Versuche gemacht, die Fistel von der Scheide aus zur Heilung zu bringen. Da dieselben jedoch von keinem Erfolge begleitet waren, so wurde zur Transplantation des Harnleiters in die Blase geschritten. Vorerst versuchte Vf., extraperitoneal vorzugehen, doch konnte der Ureter nicht aufgefunden werden, weshalb sich Vf. entschließen mußte, das Peritoneum zu eröffnen. Jetzt gelang die Auffindung des Ureters sehr leicht. Allerdings ist der Vf. der Ansicht, daß man mit einer entsprechenden Uebung auch auf extraperitonealem Wege zum Ziele gelangen muß. Beim Einnähen des Harnleiters in die Blase ging der Vf. auf folgende Weise vor: Behufs Vermeidung einer Striktur wurde das Ende des Harnleiters auf etwa 9 mm Länge gespalten. Dann wurde im rechten oberen Winkel der Blase eine schlitzförmige Oeffnung gemacht und nun die Schleimhaut des Harnleiters mit der Schleimhaut der Blase mit sehr feinem Katgut, die fibröse Wand des Ureters mit der Muskulatur der Blase mit sehr feiner Seide vernäht. Vf. macht auf den Umstand aufmerksam, daß beim Durchtrennen des Ureters sich einige Tropfen Urin in die Bauchhöhle entleeren können. Um nun einer etwaigen Infektionsgefahr vorzubeugen, empfiehlt er, eine Woche lang vor der Operation Urotropin nehmen zu lassen, wodurch nach Ansicht des Vf. der Urin seine etwaigen infektiösen Eigenschaften verliert. Zum Schlusse empfiehlt Vf. behufs Erleichterung des Auffindens des Harnleiters, von der Scheide aus zu sondieren. — (Philadelphia med. journ., 1902.)

Königstein.

Ureternaht. Von Turner.

Vf. berichtet über einen einschlägigen Fall, der insoferne von Interesse sein dürfte, als die Naht des Uterus von der Scheide aus gemacht wurde und das untere Ende in das obere eingepflanzt wurde. Es handelt sich um eine 35jährige Frau, bei welcher Vf. die vaginale Hysterektomie vornahm wegen vollkommenen Prolapses des Uterus und Blase mit starker Hypertrophie und Geschwürsbildung der Portio. Dabei hatte Vf. das Mißgeschick, den linken Ureter zu durchschneiden. Wegen ohnehin vorgeschrittener Operationsdauer wollte Vf. eine Laparotomie vermeiden und unternahm den Versuch, die Enden des durchtrennten Ureters vom bereits vorhandenen Scheidenschnitt zusammenzubringen, was auch umso leichter gelang, als die Ureteren durch den schon jahrelang bestandenen Vorfall der Blase wesentlich verlängert gewesen sein dürften. Die Heilung verlief glatt. — (Annals of suggery, 1901.) Königstein.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis. Von Peter Misch.

Der Vf. selbst spricht seinem Falle bloß ein zeitliches Interesse zu; es möge ein Beitrag sein, der gerade in die Zeit falle, wo die Diskussion über die Vererbung der Syphilis im Vordergrund stehe. Tatsächlich bietet auch der Fall nichts Außergewöhnliches. Eine Mutter bringt ihren sechswöchentlichen Säugling mit ausgesprochenen Erscheinungen hereditärer Lues auf die Klinik. Anamnestisch ergibt sich, daß die Frau zum zweitenmal verheiratet ist, daß sie in der ersten Ehe zunächst ein gesundes Kind gebar, dann wiederholt abortierte, bezw. totfaule Früchte zur Welt brachte. Sie selbst war nie krank, hatte aber nach dem Tode ihres ersten Mannes erfahren, er sei syphiliskrank gewesen. Im Jahre 1899 heiratete sie zum zweitenmal, kam zunächst mit einer Frühgeburt von 8 Monaten nieder, die mit Geschwüren bedeckt war, dann folgte eine zweite Frühgeburt und schließlich der Patient.

In erster Linie wurde vom Autor festgestellt, daß der Vater des Kindes kein Zeichen einer vorhandenen oder abgelaufenen (auch anamnestisch) Lues aufwies. Aber auch die Frau zeigte keinerlei Symptome, die auf die vorausgehende Erkrankung schließen ließen, insbesondere auch kein Zeichen von Parasyphilis, nur zur Zeit der Geburt des zweiten Kindes (erster Ehe) sei ihr das Haar stark ausgegangen und damals habe sie viel an Kopfschmerz gelitten.

Die Annahme der Gesundheit der Mutter ließe eine Erklärung der Tatsachen — die Gesundheit des Vaters angenommen — überhaupt nicht zu, also muß die Mutter latent syphilitisch sein; es ist das jener Schluß, der nicht nur für die Anhänger der maternen Vererbung von vorneherein feststeht, sondern zu dem auch die Anhänger der spermatischen Infektion in dem gegebenen Falle kommen müssen. Hervorhebenswert ist der schwere deletäre Einfluß der ganz unbemerkt verlaufenden Syphilis der Mutter auf die Nachkommenschaft. Von acht Schwangerschaften, die der Infektion folgten, endeten sieben mit Todgeburten, die letzte gibt ein ausgetragenes, aber syphilitisches Kind. Der Fall ist ein Beitrag für die Notwendigkeit der Forderung der maternen Vererbung, weil er eine andere Deutung überhaupt nicht zuläßt. — (Dermat. Zeitschr., XI, 9.) D.

Die Wasserbehandlung der Gonorrhoe und des Ulcus molle. Von J. Sadger.

Der Autor leitet seinen Artikel mit den Vorschriften ein, die Priesnitz und sein Schüler Schindler bei Gonorrhoe und Zystitis anzuwenden pflegten. Dieselben seien heute noch mustergiltig, wenn man vielleicht auch kleinere Modifikationen anbringen und im einzelnen milder vorgehen werde. Trotz dieser Mustergiltigkeit sind sie heute verschollen, notabene auch bei den modernen Hydrotherapeuten. Wenn man nun in den weiteren Ausführungen etwa erwartet, daß der Autor die gepriesenen alten Vorschriften zu Ehren bringt, so täuscht man sich, er kommt darauf überhaupt nicht mehr zu sprechen, so daß man den Eindruck gewinnt, er glaube selbst nicht an die eben gerühmte Mustergiltigkeit.

Denn die guten Wirkungen des Winternitz'schen Psychrophors, deren Erkenntnis nicht aus der eigenen Erfahrung, sondern aus einer Arbeit J. H. Bricks geschöpft wird, hängen wohl mit dem ursprünglichen Priesnitz-Verfahren nur in einem sehr losen Zusammenhang. Das läßt sich auch von den Versuchen behaupten, die sowohl mit kaltem als auch heißem Wasser in Form von Spülungen zur Heilung der Gonorrhoe vorgenommen wurden, weil auch diese Art der lokalen Einwirkung dem Priesnitz-Verfahren ganz fremd ist. Wenn der Autor nun weiters auf die vorzüglichen Resultate, die Welander beim Ulcus molle mittels Heißwasserbehandlung erzielte, zu sprechen kommt und die Vorzüge und günstigen Erfolge des Ullmann'schen Hydrothermoregulators hervorhebt, so wird niemand dieselben in Abrede stellen, aber das leitende Prinzip hiebei war und ist nicht das Was-

ser, wie der Autor anzunehmen scheint, sondern die Erkenntnis, daß bei gewissen Temperaturhöhen — man spricht geradezu von einem Temperaturoptimum — die bekannten Bakterien in ihrer Existenz eine solche Schädigung erfahren, daß sie zugrunde gehen; mit anderen Worten, jedes andere Medium, also beispielsweise etwa Oel, würde, wenn es sonst die Eignung besitzt, in einem Röhrensystem zu kreisen, genau die gleiche Wirkung hervorrufen. Allerdings liegt den ursprünglichen Versuchen — abgesehen von denen Hémards, der kaltes Wasser verwendete und dem es einfach um die häufige und gründliche Reinigung der Geschwürsfläche hiebei zu tun war — (W. Boeck, Aubert, Welander u. a.) heißes Wasser zugrunde, aber all diesen Autoren handelte es sich nur um die Wärme. Am besten geht das aus den vom Autor zitierten Thesen A. D. Stepanows hervor, der früher als Welander für die Verwendung des heißen Wassers in der Therapie des Ulcus molle eintrat, denn er spricht in jedem einzelnen Satz dieser Vorschriften von der Wärme und wieder von der Wärme. Es scheint daher der für den eben skizzierten Artikel gewählte Titel in keiner Weise berechtigt, er verdient ihn weder als historischer Rückblick, noch auch als Referat der modernsten Behandlung. Eigene Erfahrungen scheinen überdies dem Autor nach jeder Richtung hin zu mangeln. — (Dermatol. Zeitschr., XI, 7.) D.

Dermatologie.

Zur Röntgen-Behandlung des Epithelioms.[1])

Seitdem Despeignes (Lyon 1896) und Gocht (Hamburg 1897) inoperable Krebsgeschwülste „solaminis causa" den Vakuumröhren exponierten und die methodische Strahlenbehandlung der Epitheliome von Sequeira (London 1900), Thor Stenbeck, Sjögren, John Lee, Skinner, Gibson, Allen u. a. allgemeiner eingeführt wurde, sind die Mitteilungen über den Heilwert, die Mißerfolge und Komplikationen der X-Strahlen bei dieser weitläufigen Krankheitsgruppe so reichlich erflossen, daß die Radiologen bereits an eine Sichtung ihrer Erfahrungen schreiten können und die Leistungsfähigkeit des leider nur zu oft von Unberufenen herangezogenen Heilfaktors präziser abzustecken vermögen. Doch scheint hiemit der Zeitpunkt noch lange nicht gekommen zu sein, in welchem eine einheitliche Indikationsstellung, das Ansehen und die Vertrauenswürdigkeit dieses konservativen Heilbehelfes dem radikalen chirurgischen Verfahren gegenüber zu festigen vermöchte.

Wohl fehlt es nicht an diesbezüglichen Anläufen und Vorschlägen, doch haben dieselben, je nach der besseren Orientierung der Proponenten in der Klinik, Histopathologie oder Radiologie, ein derartig subjektives Gepräge, daß sie unmöglich eine definitive Uebersicht der Anzeigen und Kontraindikationen der Strahlentherapie auf diesem Felde zu bieten vermögen.

Gleich bei Montgomery, einem Dermatologen vom Fache, begegnen wir einer äußerst vorsichtigen Bewertung der kurativen Potenzen der X-Strahlen im Heilplane der Epitheliome. Für Montgomery stellt das Röntgen-Verfahren nicht mehr als einen brauchbaren Zuwachs „an excellent aid" dar, der gleichsam als Introduktion und Schluß dem chirurgischen Eingriff das Terrain vorbereiten und nach erfolgter Operation das Erkrankungsgebiet vor Rezidiven schützen soll. Ueber diese bescheidene Stellung hinaus möchte M. die Röntgen-Behandlung des Hautkrebses nur dann avancieren lassen, wenn die Zeit keine Rolle spielt, d. h. der Prozeß einen so schleppenden Fortgang nimmt, daß die langdauernde Behandlung dem gegenüber nicht in die Wagschale fällt und es die Verhältnisse des Kranken erlauben, sich einer langdauernden Kur unterziehen zu können.

[1]) Douglass Montgomery (The Clanadian Practitionar 1904); J. Belot (Monographie, Paris 1904, G. Steinheil); Leredde (Revue prat. des maladies cutan. syphil. et vener. 1904); Gb. Schär, Bern (Frank, Bern 1904); G. Holzknecht (Halbmonatschrift f. Haut- u. Harnkrankheiten, Nr. 20 u. 21, 1904).

50% der Gesichtsepitheliome sollen auf diesem Wege zu tilgen sein, die andere Hälfte zumindest eine Verkleinerung und Abflachung erfahren. Stets möchte M. jedoch den Heilerfolg nur dann als garantiert betrachten, wenn das Messer, der Löffel oder die Kurette gleichzeitig auch in Aktion treten.

Belot, dem die Prinzipien der Radiologie ebenso geläufig sind als die polymorphe Erscheinungsweise der malignen Hautmanifestationen (die er an der Station seines Meisters Brocq genügend zu ergründen Gelegenheit findet), schreibt den X-Strahlen entschieden die Fähigkeit zu, destruierend auf die Zellkomplexe des Technologies Epithelioms einwirken zu können. Doch ist auch bei ihm die Erfahrung gereift, daß nur ein geringer Bruchteil der Epitheliome sich den X-Strahlen zugänglich erweist. Bei den serpiginös fortschreitenden Formen, die oft eine ganze Gesichtshälfte überdecken, sei im Sinne einer verminderten Sekretion und geringeren Schmerzhaftigkeit ausschließlich nur ein paliativer Effekt zu erzielen. Desgleichen sollen bei exulzerierten Epitheliomen, die bereits mit lokalen Adenopathien einhergehen, nur insolange an die Heranziehung der Radiotherapie gedacht werden, als die berechtigte Vermutung vorliegt, daß die Drüsenanschwellung auf entzündliche Reizung zu beziehen sei. Sonst habe stets das Messer nach wie vor in seine Rechte zu treten und alle ergriffenen Texturen zur Aushebung zu bringen. Als eine rebellische, sich der Radiotherapie gegenüber stets refraktär verhaltende Form, sei das Epitheliom der Unterlippe anzusprechen. Die Bestrahlung vermag hiebei weder eine Benarbung der exulzerierten Flächen, noch eine Involution oder Wachtumshemmung der primären Tumoren oder ihrer ganglionären Metastasen zu bedingen. Dies haben schon vor Belot die Amerikaner frühzeitig erkannt, die oft genug sogar über Verschlimmerungen der den Strahlen exponierten Lippenepitheliome zu berichten wußten. Es bliebe nach den Erfahrungen B.s die Röntgen-Therapie als selbständige Methode demnach nur für jene gutartige Kategorie des Hautkrebses reserviert, bei welcher seichte Ulzerationen oder krustenbedeckte Zerfallsformen von wallartig erhobenen, verhärteten Rändern umsäumt werden. Was leistet aber hier die Bestrahlung? Wir erfahren und sehen es an den schönen Abbildungen, daß die exulzerierten Vorsprünge sich zu flachen Stellen applanieren, daß die Krustendecken abfallen und die ulzerösen Vertiefungen eine zarte Narbendecke gewinnen. Es sind das Effekte, die mit allen kaustisch wirkenden Mitteln ebenso sicher, wenn nicht rascher zu erzielen sind und sich keineswegs mit dem Begriffe der Heilung decken. So hält es denn auch B. bei dieser für die Strahlenbehandlung geeigneten Gruppe der Epitheliome für ratsam, halbwegs größere Alterationsbezirke mit der Kurette auszulöffeln, um einerseits mit den Strahlen nicht zu lange operieren zu müssen, anderseits um für die gründliche Entfernung aller erkrankten eine größere Gewähr zu haben. Nach all dem scheint bei B. das Vertrauen in das exquisite Elektivvermögen der X-Strahlen auf das epitheliale Neugebilde denn doch nicht zu tief zu wurzeln, wenn er selbst bei den leicht zugänglichen, ganz oberflächlichen Hautkrebsen erst das schwere chirurgische Geschütz wirken läßt, ehe er sich das (unserer Meinung nach bereits geräumte) Schlachtfeld der Bestrahlung auszusetzen wagt. Aber selbst da noch möchte er die aus Kankroidperlen zusammengesetzten kombinierten Arten aus dem Operationsplane völlig ausgeschaltet wissen.

Im übrigen verdient die rückhaltlose Art, mit welcher B., gleichwie sein Landsmann Leredde, die Leistungsfähigkeit der Radiotherapie und ihre Mängel beleuchten, die vollste Anerkennung, sie reihen eben den physikalischen Behelf dem anderweitigen reichlich ausgestatteten Rüstzeug der Dermatotherapie an, ohne dessen Souveränität durch optimistische Begutachtung der Gewebsreaktionen durchdrücken zu wollen. Hiebei geht Leredde so weit, daß er die Radiotherapie bei der Behandlung von Hautkarzinomen nur zur Vervollständigung chirurgischer Eingriffe empfehlen kann und vor ihrer Applikation bei harten, trockenen, hyperkeratotischen

oder perlenförmigen Initialepitheliomen — als völlig wirkungslos — direkt warnt. Die gleiche nüchterne Beachtung der pathologischen Verhältnisse und der therapeutischen Wirkungen hat sich auch O. Schär zur Aufgabe gemacht. Dementsprechend hören wir ihn — nur im Interesse der Radiologie — von einer übertriebenen Wertschätzung der Röntgen-Strahlen abmahnen und im Verein mit den vorerwähnten Autoren die individuelle Verschiedenheit der auf X-Strahlen günstig oder negativ reagierenden Epitheliome betonen. Sie alle hoffen, bei einer Verbesserung der Technik und der Möglichkeit einer exakteren Indikationsstellung die bisher erreichten Heilergebnisse überbieten und den Wettbewerb mit der Chirurgie allmählich aufnehmen zu können.

In bei weitem prononzierterer Weise ist Holzknecht bemüht, der Radiologie in der Epitheliombehandlung ein weiteres Wirkungsfeld zu sichern. Er hat die Macht und Energie beherrschen gelernt, die den Kathodenstrahlen eigen sind und glaubt heute schon mit voller Berechtigung die Parzellierung der Domäne vornehmen zu können, die dem Chirurgen, respektive dem Radiologen zuzufallen hat. Zu diesem Behufe teilt er zunächst die Epitheliome in folgende vier Gruppen: I. Inoperable Fälle. II. Operable tiefgreifende Epitheliome. III. Ganz oberflächliche Formen und ihre Vorstadien. IV. Mischformen zwischen II. und III.

Die inoperablen Fälle sollen dem Röntgenologen gehören. Er wird sie palliativ bestrahlen. Es ist dies ein edles Anerbieten, das bisher schon im reichsten Ausmaße ausgenützt wurde und vielen der Unglücklichen Linderung der Schmerzen und vorübergehende Besserung des objektiven Zustands vermittelt hat. Man wird daher H. rückhaltlos zustimmen müssen, wenn er die Bestrahlung unter allen palliativen Behandlungsarten als diejenige hinstellt, welche das Beste zu leisten vermag. Man wird ihm aber auch Dank wissen, wenn er die Gruppe II tiefgreifender Epitheliome behufs radikaler Exstirpation nach wie vor dem Chirurgen zuweist.

Auf energischen Widerstand dürfte indes die Forderung Holzknechts stoßen, daß die superfiziellen Epitheliome, die präepitheliomatöse Seborrhoe, sowie die Paget-disease, ausschließlich der Röntgen-Therapie zuzuweisen seien. Ebensowenig wird sich der in besonderem Entgegenkommen vorgeschlagene Pakt schließen lassen: daß bei den Mischformen zwischen II. und III. die meist größeren oberflächlichen Teile durch Röntgen-Bestrahlung zu sanieren seien, während den „tiefgreifenden Rest“ der Chirurg ausheben soll. Eine ähnliche Teilung von Hoch- und Tiefarbeit wird sich umso weniger durchführen lassen, als die Chirurgen den Wert einer präparatorischen Bestrahlung kaum so hoch veranschlagen dürften, um sich hiedurch in ihrem radikalen Vorgehen hemmen zu lassen. Obwohl wir nun nicht recht einsehen können, welche klinischen Merkmale zur Grenzbestimmung der epithelialen Wucherung ausreichen sollen, so wollen wir immerhin glauben, daß H. über genügende Kriterien verfügt, um die ganz oberflächlichen von den ein wenig tiefer reichenden Epitheliomen scharf unterscheiden zu können. Diese „ganz oberflächlichen“ Formen müssen nach H.s Forderung nun in Zukunft der operativen Chirurgie gänzlich entzogen werden. Die radikale Exstirpation mit ihren „relativ“ guten Resultaten muß zu Gunsten der Bestrahlung weichen, denn sie ist das Bessere, daher des Guten Feind!

Um nun dieses „Bessere“ wirksamst beleuchten zu können, bemüht sich H., das Gute lächerlich zu machen, und dies alles nur, um die kosmetisch schönere Narbenbildung nach der Strahlenbehandlung dem radikalen, wirklich heilenden operativen Eingriff als einzigen Vorteil gegenüberzustellen. Gleich dem mit gewöhnlichem ästhetischen Sinne begabten Laien kann H. ein Lächeln nicht unterdrücken, wenn er als schön bezeichnete Gesichtsplastiken zu sehen bekommt. Den Meisten wird es hiebei wohl anders ergehen. Wissen sie doch, daß es sich bei diesen Aermsten um Kranke handelt, die dem jahrelang fortschreitenden Zerstörungswerk eines Lupus, einer Syphilis ausgesetzt waren oder gar an den Folgen eines der berüchtigten Röntgen-Geschwüre hinsiechten und

nun, nach radikaler Behebung des Uebels, so gut es eben ging, einen Ausgleich der weit in die Tiefe dringenden Defekte erfuhren. Man hat sich aber in neuerster Zeit selbst dort das Lächeln abgewöhnt, wo das Drollige geradezu reizend auf die Lachmuskeln wirkt. Die Clowns mit ihren kakaduähnlichen Schöpfchen auf der glatt überdeckten Kopfhaut sind sicherlich dazu angetan, bei Jung und Alt Heiterkeit zu erregen. Solche arme Clowns mit traurig in die Höhe stehenden isolierten Haarbüscheln auf dem narbig destruierten, glänzend kahlen Kapilitium bekommt man neuerdings nicht zu selten zu Gesicht. Aber nichts liegt einem ferner als ein Lächeln, weiß man doch, daß dies gleichfalls bedauernswerte Kranke sind, Kranke, die unser tiefstes Mitleid in umso höherem Maße beanspruchen können als sie Märtyrer des unerfahren gehandhabten neuen Heilbehelfes — unglückliche Opfer der Röntgen-Therapie sind. N.

Kinderheilkunde.

Zur Schilddrüsenbehandlung des angeborenen Myxödems. Von Dr. Alt in Uchtspringe.

Im Widerstreit der Meinungen über die näheren Vorgänge bei der Brown-Sequardschen inneren Sekretion der Drüsen und über die Erfolge der Organotherapie steht seit Jahren fest, daß Fehlen oder Untätigkeit der Schilddrüse bei Mensch und Tier ein somatopsychisches Leiden bedingt, das nur durch Einverleibung dieser Drüsensubstanz zu beeinflussen ist. Diese Wirkung der Schilddrüsenbehandlung konnte in Uchtspringe an einer größeren Anzahl von myxödematösen Kindern studiert werden. Es kamen während der letzten fünf Jahre sieben ausgesprochene (sämtlich Mädchen) und fünf weniger prägnante, aber doch ziemlich schwere Fälle (3 Mädchen, 2 Knaben) von sporadischem Kretinismus bei fehlender oder verkümmerter Schilddrüse zur Behandlung. Als Ursache des Mangels der Drüse glaubt Alt Syphilis oder Tuberkulose beargwöhnen zu müssen, die ihm in der Anamnese mehrfach begegnen.

Bei allen Kindern, die durchgreifend behandelt werden konnten, zeigte sich eine ans Wunderbare grenzende Besserung aller psychischen und körperlichen Symptome, wie Photographien einerseits des unbehandelten, anderseits des behandelten Kindes zeigen. Der Heilplan ist folgender: nach einleitender, physikalisch-diätetischer Behandlung — Bekämpfung der meist bestehenden Darmstörungen, Hebung des Ernährungszustandes — wird mit Rücksicht auf den etwaigen luetischen Grundprozeß Jod gegeben. Schon dabei tritt oft eine Besserung, besonders der Hautsymptome, auf. Dann gibt man, bei sorgfältiger Ueberwachung des Körpergewichtes, der Herztätigkeit etc. Thyreoidin-Merck (in Tabletten à 0·1 g) anfangs jeden zweiten Tag, später täglich eine Tablette. Im Bedarfsfalle wird der Nahrung ein Eiweißpräparat zugesetzt. Die Behandlung muß jahrelang durchgeführt werden.

Die nach Ausfall der Schilddrüsentätigkeit beobachteten schweren Vergiftungserscheinungen sind ausgelöst durch Stockung der intermediären Eiweißspaltung, durch aufgehäufte, am weiteren Abbau gehinderte Stickstoffzerfallsprodukte. Es fiele somit der Schilddrüse die Aufgabe zu, dem Körper ein wirksames Ferment zur Oxydation der Eiweißkörper zuzuführen. Der wesentliche Bestandteil dieses Ferments ist das von Baumann gefundene Thyreojodin. — (Bericht a. d. Vereine der Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens; Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 61.) Nrth.

Zur Behandlung der Pylorusstenose der Säuglinge. Von Prof. Felix Franke.

Ausgehend von einem selbst beobachteten Falle erörtert Vf. die Frage der Behandlung der angeborenen Pylorusstenose. In diesem Falle begann ein kräftig geborenes Kind nach Ablauf der dritten Lebenswoche zu brechen, unabhängig von der Qualität der dargereichten Nahrung. Wegen Versagen der internen Behandlung wurde in der siebenten Woche die Gastroenterostomia anterior antecolica vorgenommen. Die Operation gelang und alle Krankheitssymptome, wie Erbrechen, starke, auf der Bauchwand sich abzeich-

nende peristaltische Bewegungen, Obstipation waren behoben.

Das operative Verfahren empfiehlt sich, wenn die diätetische Behandlung, die konsequente Darreichung der — etwa mit Alkalien versetzten — Nahrung, unabhängig vom Erbrechen, nicht zum Ziele führt; doch ist ein zu langer Aufschub der Operation wegen Gefahr zu arger Schwächung des Kindes zu vermeiden. In Betracht kommen die Pylorusdehnung (bisher bekannt: 13 Heilungen und 3 Todesfälle), die Pyloroplastik (2 Heilungen, 1 Todesfall) und die Gastroenterostomie (7 Heilungen, 9 direkte und 1 späterer Todesfall durch sekundäre Duodenalgeschwüre). Von 40 operierten Fällen genasen bisher 22, also ein sehr günstiges Resultat.

Die Art des chirurgischen Eingriffes hängt zum größten Teil von der jeweilig dem Operateur zur Verfügung stehenden Zeit, also dem Kräftezustand des Kindes und dem Gang der Operation ab. — (Zentralbl. f. Kinderheilk. 1904.)

Nrth.

Traumatisches Rachengeschwür bei einem Säugling. Von Dr. H. Neumann.

Ein zehn Wochen altes Flaschenkind wurde seit Wochen beim Trinken blau und erbrach geronnene, mit Blut untermischte Milch. Bei der Untersuchung des Kindes fand sich ein dick belegtes Geschwür an der Rachenwand, dessen Charakter weder der Diphtherie (keine Loeffler'schen Bazillen), noch der Tuberkulose entsprach. Hin und wieder ließ sich auch ein von oben herabhängender flottierender Gewebsfetzen bemerken. Unter der Darreichung von Anästhesin gelang zeitweise die Nahrungsaufnahme, doch starb das Kind.

Obwohl eine mechanische Ursache von der Mutter nicht angegeben werden konnte, ließ sich durch die Nekropsie, die vernarbte Bednar'sche Aphthen und den Gewebsfetzen als Schleimhaut des Rachendaches erkennen ließ, ein grobes Reinigen des Mundes als Ursache des (traumatischen) Geschwüres erweisen. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 60.) Nrth.

Pharmakologie und Toxikologie.

Statistik der Vergiftungen in England.

Die englischen Blätter veröffentlichen soeben die Statistik der Vergiftungen, die ja bekanntlich gerade in England besonders sorgfältig durchgeführt wird. Merkwürdigerweise ist das Lysol, das eben in Deutschland für Selbstmordzwecke und zufällige Vergiftungen so besonders häufig ist, gar nicht in der Statistik aufgeführt, scheint also in England für diesen Zweck nicht so bekannt zu sein.

	Zufällige Vergiftungen	Selbstmorde
Karbolsäure	22	140
Opiumpräparate	70	56
Oxalsäure	9	64
Salzsäure	14	43
Chloroform	48	—
Blausäure, Bittermandelöl	4	31
Cyankalium	1	19
Ammoniak	12	10
Strychnin und Nux vomica	8	11
Arsenik	8	6
Phosphor	2	8
Sulfonal	3	—

Die Vergiftungen mit Karbolsäure in selbstmörderischer Absicht sind also nach wie vor immer noch die häufigsten, erst in großem Abstand folgen Kleesalz und Opiumpräparate. Von den zufälligen Vergiftungen nimmt das Opium die erste Stelle ein, dann folgt das Chloroform mit einer recht hohen Zahl, die wohl auf Minderwertigkeit des zur Narkose verwandten Präparats zurückzuführen ist. Zu Selbstmordzwecken fand das Chloroform dagegen gar keine Anwendung.

Dr. Springer, Breslau.

Die in letzter Zeit so warm empfohlene **Ernährung durch Buttermilch**, bezw. Buttermilchkonserven, die bei außerordentlich billigem Preise einen großen Teil der Nährstoffe aus der Milch noch enthalten und sich dadurch als Volksernährungsmittel sowohl, wie für das Militär besonders eignen würde, wird von Doktor Adolf Hecht (Wien) wohl als Diätetikum, aber keinesfalls als Dauernahrung empfohlen. Bei fortgesetzter Ernährung durch Buttermilch traten in den meisten

Fällen Erbrechen und dyspeptische Stühle auf. Dagegen waren die Resultate als Diätetikum gute, die Gewichtszunahme eine ziemlich bedeutende: 200 g in drei, 280 g in vier Tagen. Nach dieser Zeit wurde die Kurve flacher, um dann unter gastroenteritischen Erscheinungen zu fallen. — (Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 8, 1904.) Dr. Springer, Breslau.

Das letzte Heft der **Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt,** Bd. 21, pag. 141 ff., bringt eine zusammengehörige Reihe von Abhandlungen:

W. Kerp, Ueber die schweflige Säure im Wein. I. Abhandlung: Allgemeines über die schweflige Säure im Wein; II. Abhandlung: Ueber die aldehydschweflige Säure im Wein. Zur Kenntnis der gebundenen schwefeligen Säuren.

H. Schmidt, Ueber das Vorkommen der schwefligen Säure im Dörrobst und einigen anderen Lebensmitteln.

E. Rost und Fr. Franz, Vergleichende Untersuchung der pharmakologischen Wirkungen der organisch gebundenen schwefligen Säuren und des neutralen schwefligsauren Natriums.

G. Sonntag, Beiträge zur Kenntnis der Ausscheidung von neutralem schwefligsauren Natrium und aldehydschwefligsaurem Natrium beim Hunde.

Fr. Franz, Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des neutralen schwefligsauren Natriums, des aldehyd- und des azetonschwefligsauren Natriums, sowie einiger anderer Stoffe auf Kaulquappen.

Ueber diese Arbeiten, die sämtlich aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt kommen und als Beiträge zur Toxikologie der, gerade eben, aktuellen schwefligen Säure aufzufassen sind, soll auch gemeinsam referiert werden. Zu einem, die ganzen Daten zusammenfassenden Referat eignen sich die Arbeiten nicht, und muß deshalb auf die Lektüre der Originalarbeiten verwiesen werden.

Die schweflige Säure findet sich demnach in Wein und in gedörrten Früchten stets in kleinen Mengen, und zwar kommt sie in den Wein durch die Schweflung. Hier ist sie an einen organischen Stoff des Weines angelagert, wahrscheinlich als azetaldehydschweflige Säure. Die Abscheidung der schwefligen Säure in dieser Form ist einwandsfrei dem Vf. zum erstenmal gelungen. — In das Dörrobst gelangt die schweflige Säure durch das Schwefeln der Früchte, das meist in der Absicht geschieht, der Ware „ein möglichst vorteilhaftes Aussehen zu verleihen“. Hier befindet sich die schweflige Säure wahrscheinlich in Bindung mit Zucker (Glukose) als glukoseschweflige Säure.

Vergleichende pharmakologische Untersuchungen haben ergeben, daß die Sulfite durchaus nicht indifferent sind. Die Stärke ihrer Wirkung steht in einem ganz bestimmten Verhältnis zu ihrer Dissoziation, d. h. der hydrolytischen Spaltung.

Das Schicksal der schwefligen Säure im Organismus wurde an Hunden studiert. Die Versuche ergaben, daß der weitaus größte Teil zu Sulfat oxydiert wird und ein kleiner Teil nur unverändert mit dem Harn ausgeschieden wird.

Versuche an Kaulquappen endlich haben ergeben, daß die Verbindung der schwefligen Säure mit Azeton die giftigste ist. Dr. Springer, Breslau.

Zur Frage der chemischen Reinigung des Wassers. Von B. J. Slowzow.

Vf. empfiehlt sein Verfahren selbst nur für Fälle, in denen eine andere Reinigung des Wassers unmöglich ist. Er sterilisiert nämlich das Wasser mit Königswasser (Salzsäure und Salpetersäure). Diese eigenartige Sterilisierung ist meines Wissens noch niemals erwähnt. — Es erwies sich, daß Staphylokokken und Typhusbazillen bereits bei Gegenwart von 0·07 bis 0·08% freier Säure abgetötet werden. Durch eine Spur Eisenchlorür soll die Wirkung noch bedeutend erhöht, beziehungsweise eine geringere Menge Säure erforderlich werden. Nach der angegebenen Sterilisierung wird die Säure mit Natriumkarbonat abgestumpft, wodurch das Wasser einen leicht salzigen, aber nicht unangenehmen Nebengeschmack erhält.

Nach den Angaben des Vf. sind für 1 Wedro = 12 l Wasser zum Abtöten von Typhusbazillen je 4·2 g Salzsäure und Salpetersäure und hernach 19·2 g kristallisierte Soda anzuwenden. Bei Zusatz von



Eisenchlorür kann die Menge Säure und dementsprechend die Sodamenge reduziert werden. — (Wojenno-medicinski journal 1904, 82, I., 650 durch Chem.-Ztg. Repert. 1904, 237.)

Dr. Springer, Breslau.

II. Diagnostik.

a) Mundhöhle und Rachen.

Ueber das Verhältnis der Leukoplakie zur Syphilis. Von W. Lublinski.

Ueber dieses Verhältnis herrschen schon seit den Arbeiten Schwimmers die entgegengesetztesten Ansichten; hält Schwimmer selbst sie für eine idiopathische, reine Schleimhauterkrankung, die mit keinem konstitutionellen Leiden in Zusammenhang gebracht werden darf, so fehlt es auf der anderen Seite nicht an Vertretern jener Anschauung, die jede Leukoplakie als Folge der vorausgegangenen Syphilis ansieht.

Ueber die Entstehung der eigentümlich milchweiß oder perlgrau verfärbten Flecke an der Mundschleimhaut ist zumeist nichts zu ergründen, doch wird von manchen Kranken angegeben, daß die betreffende Stelle zuerst eigentümlich glatt und schinkenrot ausgesehen habe und im weiteren Verlaufe weiß geworden sei. Diese sogenannten Raucherflecke hat auch der Autor beobachten können. Solche Flecke können sich noch zurückbilden, wenn die Schleimhaut vor weiteren Schädlichkeiten gewahrt wird, sonst aber tritt in der Regel die Verdickung des Epithels ein, die sich in dem email- oder perlmutterartig glänzenden Aussehen kundgibt. Neben dieser zirkumskripten Form der Leukoplakie gibt es auch eine diffuse, die sich gleich anfangs über größere Strecken der Schleimhaut ausbreitet.

Eigentlich ist die Neigung des Schleimhautepithels zur Wucherung und Verhornung nichts Ungewöhnliches, man trifft sie auch an anderen Schleimhäuten oft genug an, und gerade dieser Umstand zeige, daß die Leukoplakie keine Erkrankung sui generis sei, sondern der identische Ausdruck der Reaktion der verschiedenen Schleimhäute auf wiederholte, lange anhaltende, lokale Reize, welcher sich endlich als weißer Schleimhautfleck zu erkennen gibt.

Diese lokalen Reize, welche die Mundschleimhaut treffen, können mannigfacher Natur sein, eine Hauptrolle spielt jedenfalls der Tabak, wenngleich bisnun gar nicht erwiesen ist, welche Substanz im Tabak die eigentlich schädliche sei; ähnlich, wie Tabak, wirkt Alkohol. Auch gewisse Medikamente könnten unter Umständen Leukoplakie hervorrufen, so Quecksilber, und wenn schon das nicht, so doch sicherlich verschlimmern. Stark gewürzte Speisen, mangelnde Mundpflege, Zahnstümpfe, Druck von Piecen, seien als ebensolcher Reiz anzusehen.

Zu diesen lokalen Reizen nun komme noch etwas hinzu, das uns erklären soll, warum gerade in einem speziellen Falle die Leukoplakie auftrete. Nach einzelnen Autoren stehe diese Empfindlichkeit der Schleimhäute in Kongruenz zur Empfindlichkeit der Haut, so werden Psoriasis, Ekzem und Ichthyosis als Begleiterscheinungen angeführt. Auch andere Erkrankungen sollen diese Dispositionen schaffen, so Dyspepsie und Diabetes. Der Autor meint, daß sicherlich in jenen Erkrankungen, bei denen ein wiederholter und lange anhaltender Reiz auf die Schleimhaut des Mundes wirkt, sich Leukoplakie leicht einstellen könne. Darum könne insbesondere die Syphilis nicht außer Betracht gelassen werden, und es sei unverständlich, warum Schwimmer und neuerdings Sellei die Syphilis ätiologisch durchaus ausschalten wollen. Schließlich kommt der Autor auch noch darauf zu sprechen, daß häufig Plaquesnarben fälschlich als Leukoplakie beschrieben werden und daß auch die oberflächlich sklerosierende Glossitis eine gewisse Aehnlichkeit damit haben kann. Beide Prozesse sind naturgemäß auszuschalten. Auf alle Fälle aber sei die Syphilis eine

zur Leukoplakie disponierende Erkrankung, aber diese Disposition könne auch durch eine große Reihe anderer Faktoren geschaffen werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21, 1904.) D.

b) Kehlkopf.

Zur differentielldiagnostischen Bedeutung der zurückgehenden Stimmbandlähmung. Von Dr. Walter Berent.

Daß durch intrathorazische Aneurysmen bedingte Stimmbandlähmungen sich zurückbilden können, ist mehrfach beschrieben worden. Die Rekurrenslähmung ging zunächst in Postikuslähmung mit Abduktorenkontraktur über und diese blieb entweder dauernd bestehen oder es trat schließlich wieder vollständige Beweglichkeit des Stimmbandes ein. Als Ursache dieser Besserung wird allgemein eine Aenderung im Füllungszustande des Aneurysmas, Druckerniedrigung durch Gerinnselbildung, angesehen. Man kann also diesen Umstand — mit der einzigen, außerordentlich seltenen Ausnahme, daß es sich um syphilitische Drüsenpakete im Thoraxraume handeln könnte, welche auf antiluetische Therapie zurückgehen — zur Differentialdiagnose zwischen Aneurysma und soliden Mediastinaltumoren benützen, welche auch heute, trotz der durch die Röntgen-Strahlen gebotenen Erleichterung, noch immer manchmal sehr schwierig ist. B. beschreibt nun den Fall eines 41jährigen Mannes, bei dem 1899 zuerst die Zeichen eines Mediastinaltumors auftraten. 1902 traten Anfälle von Atemnot hinzu und man fand das rechte Stimmband in Kadaverstellung, während das linke bei der Phonation die Mittellinie überschritt und sich an das rechte anlegte. Eineinhalb Jahre später (1904) fand man das rechte Stimmband unbeweglich in Medianstellung, mit geradem inneren Rande und vollkommenem Glottisschluß, keine Heiserkeit, aber hochgradige Dyspnöe. Auf dem Röntgen-Bilde sah man dem Herzen rechts oben anliegend einen großen unregelmäßigen Schatten, der aber keine seitliche Pulsation zeigte. Trotzdem also vieles für einen soliden Mediastinaltumor sprach, wurde auf Grund der Veränderung des Kehlkopfbildes seit 1902 an der Diagnose: „Aneurysma des Truncus anonymus" festgehalten, welche auch durch die Sektion bestätigt wurde. Das Aneurysma fand sich mit gelben, trockenen, also intra vitam entstandenen Gerinnseln ausgefüllt. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 48, 1904.) Weil.

c) Herz und Gefäße.

Zur Kasuistik der Claudicatio intermittente. Von Dr. R. Bernert in Wien.

Ein 25jähriger Kutscher leidet seit dem 8. Lebensjahre an rascher Ermüdbarkeit, Zittern und Schmerzen im linken Bein nach anstrengender Bewegung; zugleich mit den Schmerzen livide Verfärbung des linken Fußes. Stärkeres Schwitzen der linken Extremitäten. Bei psychischen Affekten dieselben Erscheinungen. Seit kurzem dieselben Symptome an der linken oberen Extremität. Lues negiert. Früher starker Raucher und Trinker. Bei dem mittelgroßen, kräftigen Patienten zeigte sich eine gewisse Starrheit und Verdickung der linken Art. rad. u. uln., Blutdruck links geringer als rechts. Linker Vorderarm und Hand kühl, zyanotisch. Umfang des linken Armes um 3 cm geringer. Linke grobe Kraft stark herabgesetzt. Die linke untere Extremität zeigte ähnliche Verhältnisse, Puls in ihren Arterien deutlich schwächer. Nach $^1/_4$- bis $^1/_2$stündigen Gehen Auftreten von Zittern, Schwäche, Zyanose, Kältegefühl im linken Bein, nebst deutlichem Absinken des Blutdruckes in dessen Arterien. In den Muskeln und Nerven des linken Beines galvanische Erregbarkeit etwas geringer als rechts, ohne qualitative Veränderung. Herzdämpfung etwas vergrößert, Töne dumpf. Rechtes Bein um etwa 2 cm verkürzt, Schiefstand des Beckens, linksseitige Skoliose. Letztere Erscheinungen waren auf eine coxa vara dextra zurückzuführen. Differentialdiagnostisch lassen sich zerebrospinale Erkrankungen, Neuritiden, ferner vasomotorische Neurosen, wie Akroparästhesien, Erythromelalgie und Raynaud'sche Krankheit ausschließen. Die strikte Abhängigkeit der Anfälle vom Gebrauche der Glieder, ihr alsbaldiges

Nachlassen in der Ruhe, ferner die lange Dauer des Leidens ohne hochgradige vasomotorische Störungen weisen auf ein Symptomenbild hin, wie es dem intermittierenden Hinken zukommt, das Charcot und Erb zuerst beschrieben haben. — (Wien. Klin. Rundschau, Nr. 41—43, 1904.) Rosenthal.

Der Blutdruck im Verlaufe der Arteriosklerose. Von Th. Dunin.

Drucksteigerung im Arteriensystem ist kein konstantes Symptom der Arteriosklerose; auch außerhalb der Zeit der Kompensationsstörung kann niederer Druck bestehen. Unter 420 Kranken mit Arteriosklerose hatten 120 einen normalen oder sogar etwas herabgesetzten Druck. Die Mehrzahl dieser Fälle bezieht sich auf Angina pectoris (36 Fälle), wie überhaupt die Angina pectoris sehr häufig bei herabgesetztem Drucke verläuft. In 8 Fällen, wo ein klingender II. Aortenton das einzige Symptom der Sklerose war, schwankte der Druck zwischen 90 und 140 mm. In Uebereinstimmung mit diesen niederen Zahlen war auch der I. Aortenton in einigen Fällen sehr schwach. In einer dritten Kategorie von Fällen (14) fand sich niederer Druck, wo deutlich subjektive Beschwerden, Beklemmung, Herzklopfen, Anschwellung der Füße (das dürfte doch wohl schon Herzinsuffizienz sein. Ref.) und beträchtliche Fettleibigkeit bestand. Meist fanden sich auch zweifellose Veränderungen am Herzen. 22 Fälle zeigten dieselben Symptome, mit Ausnahme der Fettleibigkeit. Hier bestand meistens Erweiterung der Aorta, systolisches Geräusch über derselben, klingender II. Aortenton, seltener auch Dämpfung am Manubrium sterni. Ferner zeigten noch niederen Blutdruck einige Fälle mit ausgesprochener Arythmie, dann 2 Fälle von intermittierendem Hinken.

Gesteigert ist dagegen der Blutdruck in der weitaus größten Zahl der Fälle (300). In 30% dieser Fälle fanden sich Drucke von über 150 mm, ohne daß irgend welche subjektive Erscheinungen bestanden. Der Druck erreichte häufig 240 bis 290 mm (!). Nur in ungefähr der Hälfte dieser Fälle zeigten sich, abgesehen von der Verstärkung des II. Aortentones, der notwendigen Folge des erhöhten Druckes, andere Zeichen der Gefäßerkrankung, z. B. systolische Geräusche. In der zweiten Gruppe der Fälle mit Ueberdruck (137 Fälle) bestehen subjektive Herzbeschwerden. Veränderungen der Aorta spielen hier eine untergeordnete Rolle, dagegen ist der Anteil der Nieren ein hervorragender (35%).

Die Frage, ob das Verhalten des Blutdruckes irgend welche Anhaltspunkte für die Beteiligung des Herzens an dem Krankheitsprozesse bietet, läßt D. offen. Spezielle Daten gibt D. ferner über die Angina pectoris. Er beobachtete dieselbe 96mal unter 380 Fällen zweifelloser Arteriosklerose, 54mal war der Druck hoch, 36mal normal oder herabgesetzt. Symptome und Prognose des Leidens werden durch diese Verschiedenheit nicht beeinflußt. Bezüglich des Druckes im Anfalle selbst verfügt D. nur über wenige Daten. In einzelnen Fällen sank der Druck während desslben um 25—30 mm.

Im allgemeinen finden sich die niedersten Druckwerte gerade bei den Kranken mit Angina pectoris, da die Erkrankung der Kranzarterien ungünstig auf den Herzmuskel einwirkt. Doch auch das Gegenteil ist zu beobachten, indem D. auch Fälle von Angina pectoris mit einem Drucke von 200—250 mm erwähnt. Druckschwankungen im Verlauf der Angina pectoris sind im allgemeinen nicht häufig. Gewöhnlich verbindet sich die Besserung mit einem Ansteigen vorher bestandenen niederen Druckes, manchmal mit starker Herabsetzung eines Ueberdruckes. Meist jedoch sind solche Beziehungen nicht sehr evident. Nur bei der Arteriosklerose der Fettleibigen führt die Entfettung stets eine ausgesprochene Herabsetzung des Blutdruckes herbei. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 54, H. 5 u. 6.) E. S.

d) Schilddrüse und Thymus.

Thymusdrüse und plötzliche Todesfälle im Kindesalter. Von Dr. Zander und Dr. Keyhl.

Physiologie und Pathologie der Thymus sind Gebiete, die vielfach Gegenstand wis-

senschaftlicher Untersuchungen waren. Besonders die Thymushypertrophie als solche und als Symptom des Status lymphaticus und die darauf zurückgeführten Fälle von plötzlichem Tod im Kindesalter haben in neuerer Zeit lebhaftes Interesse gefunden. Wie die hypertrophierte Thymus den plötzlichen Tod herbeiführen kann, wird von den verschiedenen Seiten verschiedentlich erklärt. Am naheliegendsten ist die Annahme der direkten Kompression der Trachea durch die Drüse. Wenn auch zu einer solchen Kompression ein Druck von fast 1 kg nötig wäre (Scheele), so kommt es anderseits nicht so sehr auf die Schwere, als auf die Lage der Drüse an. Auch ein Druck auf den rechten Vorhof des Herzens und auf die großen Venen des Halses durch die hypertrophische Thymus (Flügge), Druck auf Vagus und die Recurrentes kann nach mancher Autoren Ansicht zum Tode führen.

Was schließlich den Status lymphaticus anlangt, so sind seine klinischen Symptome: pastöser Habitus, leichter Grad von Rhachitis, palpable Milz, Vergrößerung der Lymphfollikel am Zungengrund und Schlundring, palpable Lymphdrüsen und eventuell perkutierbare Thymusdämpfung. Die Affektion soll (Escherich) eine latente Erregbarkeit des ganzen Nervensystems verursachen, durch die in noch unbekannter Weise eine plötzliche Herzlähmung zustande kommen soll.

Es werden in genügender Ausführlichkeit die Krankengeschichten von acht Fällen von letaler Thymushypertrophie mitgeteilt. Der Tod trat immer plötzlich, unvorhergesehen ein.

Der Tod ist auch nicht auf das Gewicht der Drüse, sondern auf die Ausdehnung derselben zurückzuführen; sie muß bei einer plötzlichen Volumsvermehrung in dem sehr engen vorderen Mediastinalraum auf die benachbarten Organe einen starken Druck ausüben. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 60.) Nrth.

Ein bisher nicht beachtetes Symptom der Basedow'schen Krankheit. Von Dr. S. J e l l i n e k.

Das Symptom besteht in einer P i g m e n t i e r u n g d e r A u g e n l i d e r. Die Pigmentation ist bräunlich, gleich stark und diffus verteilt in der Haut des unteren und namentlich des oberen Augenlides. Nach oben ist die Verfärbung durch die Augenbrauen begrenzt, nach abwärts hört sie in der Höhe des Margo infraorbitalis auf. Die Konjunktiva ist nicht getroffen. Die Erscheinung gehört oft zu den Frühsymptomen. Bei vielen Patienten wurde die Pigmentierung im weiteren Verlauf der Krankheit undeutlicher, schwächer; in seltenen Fällen fehlt sie ganz. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 43, 1904.) F. L.

Ein Fall von Basedow'scher Krankheit mit Muskelatrophien und sekretorischer Insuffizienz der Magenschleimhaut. Von Dr. E. M i e s o w i c z in Krakau.

Eine 20jährige Dienstmagd leidet seit sieben Monaten an Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Magenschmerzen, Zittern. Bald darauf Vergrößerung der Schilddrüse, Abmagerung der oberen Extremitäten, übermäßiges Schwitzen. Seit acht Monaten keine Menses. Patientin sehr unruhig, zart, blaß. Leichter Exophthalmus. R. Stellwags Symptom. Gefäßstruma. Herzdämpfung vergrößert, systolisches Geräusch, über der Pulmonalis am lautesten. Dämpfung und abgeschwächtes Atmen über der linken Lungenspitze. Untere Magengrenze reicht bis zum Nabel. Patientin erbricht alles Genossene, im Erbrochenen nie Salzsäure oder Pepsin nachweisbar, dagegen stets Schleim. Der Harn enthält Eiweiß, Epithelien, granulierte Zylinder. Im Blute die Lymphozyten vermehrt. (40%.) Atrophie der Muskulatur beider Arme, besonders der Oberarme und Schultern. Tumor der Finger. Nach einem Monat Exitus an allgemeiner Schwäche. Die Muskelatrophien sowie die Magensymptome sind seltene Symptome der Krankheit, letztere sind bisher in der Literatur nicht erwähnt. In sieben daraufhin untersuchten Fällen fand sich viermal deutlicher Schleimgehalt nebst Fehlen der Salzsäure. Bezüglich der Muskelatrophien herrscht die Ansicht, daß es sich hier um zentrale Veränderungen handle, die entweder die Brücke und die Medulla oder die entsprechenden Gehirn-

kerne betreffen. Gegen Atrophia musculorum progressiva spricht das Fehlen fibrillärer Zuckungen und der Entartungsreaktion. Es scheint sich also in einer Anzahl von Fällen nicht um eine Neurose, sondern um anatomische Veränderungen zu handeln. — (Wien. Klin. Wochenschr., Nr. 45, 1904.) Rosenthal.

e) Oesophagus.

Ueber die auf der Bifurkationshöhe lokalisierten Geschwulstbildungen des Oesophagus. Inaug.-Diss. von Franz Miller in München, 1904.

Die so konstante Lokalisation des Speiseröhrenkrebses soll ihren Grund haben nicht in dem Druck seitens des kreuzenden Bronchus, sondern darin, daß dies die Stelle ist, wo ursprünglich Oesophagus und Luftröhre zusammenhängen, mithin gleichfalls eine entwicklungsgeschichtliche Komplikation statthat. Die zu Entwicklungsstörungen besonders disponierte Stelle des ursprünglichen Schlunddarmes, an welcher Trachea und Oesophagus zuletzt sich voneinander scheiden, ist auch eine Prädilektionsstelle für Geschwülste. Es ist demnach anzunehmen, daß für diese wenigstens die Anlage bereits in die Zeit der Entwicklung falle; über die genauere Art des Zusammenhanges: ob es sich um Verlagerung oder Liegenbleiben von Gewebskeimen handelt und darüber, welches in letzter Instanz das auslösende Moment für die Entstehung des Tumors sei, darüber ergeben natürlich Untersuchungen, wie die vorliegende, keinen Aufschluß. F. L.

f) Magen.

600 Mageninhaltsprüfungen. Von H. P. Oerum.

Vf. konstatierte folgendes: Säuremangel: Magenkrebs, perniziöse Anämie. — Verminderte Azidität: Lungentuberkulose (Kolitis). — Normale Azidität: Gastroptose, Anämie. — Vermehrte Azidität: Magengeschwür, Chlorose (chronische Obstipation, Cholelithiasis).

In 125 Fällen fehlte die Säure vollständig, davon waren 35 Karzinome und 13 perniziöse Anämien. In 57 Fällen wurde einmal Säuremangel, ein anderesmal im selben Fall normale oder Hyperazidität gefunden.

Vf. ist der Ansicht, daß es sich in diesen Fällen von so außerordentlich schwankender Azidität vielleicht um Frühstadien eines Karzinoms gehandelt hat, und hat bei dieser Vermutung die Ergebnisse der Gluzinski'schen Untersuchungsmethode, sowie der Nachprüfung derselben durch J. Sigel (Augusta-Hospital Berlin, Ewald) im Auge. — (Nord. med. Archiv, Bd. 36, H. 4, Nr. 19, 1904.) F. L.

Ueber den Einfluß der Temperatur der Speisen auf die Funktionen des Magens. Von Franz Hurck. (Inaug.-Diss., Würzburg 1904.)

Am auffallendsten war der Einfluß der Temperatur auf die Motilität des Magens. Diese war am besten, wenn die eingeführten Speisen eine Temperatur von 38° hatten. Auch auf die Sekretion war ein, wenn auch weniger deutlicher Einfluß zu erkennen; die höchsten Aziditätswerte fanden sich bei 5°, doch kamen ihnen die Zahlen bei 38° ziemlich nahe. Die Versuche über die Resorption zeigten, daß der Zucker in größter Menge aus dem Magen entfernt wurde, wenn die Zuckerlösungen bei 38° aufgenommen wurden. Weiterhin wurde dann die Erwärmung, bezw. Abkühlung der Speisen im Munde und Magen untersucht und gefunden, daß der Mund sowohl, wie der Magen in ausgezeichneter Weise instande sind, schnell sehr hohe oder niedere Temperaturen zu moderieren. In großer Menge in den Magen gebrachte kalte Speisen werden schon weiter befördert, ehe sie Körpertemperatur erreicht haben. Endlich zeigte sich, daß durch einen Trunk kalten Wassers, dem etwas Alkohol zugesetzt ist, im Magen eine Salzsäuresekretion angeregt wird. F. L.

Ein Fall von Trichobezoar im Magen. Von Dr. Ranzi.

Auf der Klinik v. Eiselsberg wurde folgender interessanter Fall von Haargeschwulst des Magens beobachtet. Ein 20jähriges Mädchen, das vor 4½ Jahren einen Anfall von akutem Darm-

verschluß durchgemacht hatte, litt seit 2 Jahren an Schmerzen in der Magengegend, die auf ein Ulcus ventriculi bezogen wurden. Die Untersuchung ergab einen über faustgroßen Tumor, der wahrscheinlich dem Magen angehörte. Da Patientin schon vor Jahren ihrem behandelnden Arzte angab, daß sie die Gewohnheit habe, ihre eigenen ausgekämmten Haare, sowie aus den Kleidern ausgebürstete Wollfäden zu schlucken, wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Trichobezoar gestellt.

Bei der vorgenommenen Laparotomie wurde die Diagnose bestätigt und aus dem Magen ein Konvolut von Haaren, Leinwandbändern, Wollfäden extrahiert, das 550 g wog und das einen vollständigen Ausguß des Magens samt Pylorus und des oberen Duodenums darstellte. Heilung per primam. Als Ursache des Haarschluckens wird Hysterie angenommen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 58, 1904.) E.

g) Darm.

Ueber Typhlitis nach Exstirpation des Appendix. Von L. Fischl.

Vf. führt fünf Fälle an, in denen früher der Appendix exstirpiert worden war. Die Patienten hatten Symptome, die unbedingt als solche einer Appendizitis imponierten und diagnostiziert worden wären, wenn man die Anamnese nicht gekannt hätte. Es trat ohne Operation Heilung ein. Vf. glaubt die Symptome auf eine Entzündung des Cökums beziehen zu müssen. — (Prag. med. Wochenschr. Nr. 7, 1904.) F. L.

Ein Fall von rechtsseitiger, auf chronischer Appendizitis beruhender Ischias, welche operativ geheilt wurde. Inaug.-Diss. von Wilhelm Groß in München 1904.

Etwa 40jähriger Patient litt seit drei Jahren an hartnäckiger rechtsseitiger Ischias. Konstanter Druck auf den Nerven bei längerem ruhigen Sitzen, bei Eisenbahnfahrten rief stets einen Anfall hervor. Jede Therapie nutzlos. Am Abdomen bestand bei Druck auf typischen Punkt Nabelschmerz. Resistenz rechts in der Tiefe gegen das kleine Becken zu fühlen. Daher Operation. 12 cm langer Wurm ins kleine Becken geschlagen, völlig in Dünndarmschlingen eingehüllt und mit der Flexura sigmoidea verwachsen. Abtragung des Appendix; kein Kotstein; chronischer Schleimhautkatarrh mit einigen Erosionen. Patient nach $3^1/_2$ Wochen geheilt entlassen. Keine Ischias mehr. F. L.

h) Pankreas.

Ueber das Verhalten der Langerhansschen Inseln des Pankreas beim Diabetes mellitus. Von K. J. Karakuscheff.

K. ist nach der in Prof. Marchands Institut ausgeführten exakten Untersuchung des Pankreas von 11 Fällen von Diabetes der Meinung, daß nicht die Langerhans'schen Inseln allein irgendwie in Beziehung zum Diabetes mellitus stehen, sondern das ganze Drüsenparenchym, dessen Zerstörung die Krankheit nach sich zieht. K. konnte feststellen, daß die Inseln in sämtlichen untersuchten Fällen zum größten Teile normal, in manchen Fällen sogar stark gewuchert waren, daß sie ferner zum Teil erkrankt sein können, ohne daß Diabetes die Folge sei. Die Wucherung der Inseln deutet er dahin, daß von den Zellen derselben die Neubildung der Drüsenacini ausgehe, was mit den Resultaten der embryologischen Forschungen anderer Autoren und auch eigenen Untersuchungen übereinstimmt. Die Inseln sind also gewissermaßen als Reservematerial zu betrachten, welches bei Zerstörung von Drüsenparenchym dieses zu ersetzen bestimmt ist. Der Diabetes kann also nur als Folge von Schädigungen der gesamten Pankreasdrüse erscheinen. — (Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. 82, H. 1 u. 2.) E. S.

i) Leber.

Zur Diagnostik der Leberabszesse. Von H. de Brun in Beirut.

Neben den bekannten klinischen Zeichen des Leberabszesses gibt es noch eine Anzahl sekundärer Symptome, die nach Vf. im Zweifelfalle zur richtigen Diagnose verhelfen können. Dazu gehören der Zustand der Zunge, dann Symptome, welche die Thoraxuntersuchung liefert, endlich einige

Eigentümlichkeiten des Pulses und der Temperatur.

Die Zunge zeigt namentlich im Verlaufe der subakuten oder chronischen Abszesse den von Vf. als bezeichnend angesehenen Charakter. Nach und nach verliert sie den Belag, Spitze und Ränder röten sich, an welcher Rötung oft auch die Medianlinie teilnimmt und bald, noch bevor die epitheliale Desquamation vollkommen vollzogen ist, trocknet die Zunge, so daß sie dann drei rote Streifen, zwei laterale, einen medianen zeigt, welche sich an der Spitze vereinigen. Seltener verliert die ganze Zunge ihr Epithel, so daß sie in ihrer Gänze intensiv rot, framboisiert und absolut trocken ist. Auch beim Anfühlen läßt sich die Austrocknung an der Härte des Organes erkennen. Bei einem Kranken in febrilem Zustande muß diese Zungenbeschaffenheit, auch ohne daß andere Zeichen des Leberabszesses vorhanden sind, den Verdacht erwecken, vorausgesetzt, daß nicht längere Diarrhöen bestehen, die an und für sich die Zunge ähnlich verändern könnten. Der besondere Wert des Zeichens liegt in der Tatsache, daß es oft allein ausgesprochen ist, während die übrigen Symptome des Leberabszesses ganz fehlen oder auf unwesentliche Störungen abgeschwächt sind.

Am Thorax findet sich häufig rechtsseitige Pleuritis, und zwar legt Vf. besonderes Gewicht darauf, daß diese gewöhnlich nur eine trockene, durch leichte Reibgeräusche sich verratende Pleuritis ist, wenn nicht Eiter bereits in die Pleurahöhle gedrungen ist. Seltener ist auch links ein Reiben zu hören. Meist ist diese Pleuritis auch schmerzlos, kann lange bestehen und so zu starker Verdickung der Pleura führen, die dann erst den Perkussionsschall über den unteren Lungenpartien abschwächt.

Bezüglich des Pulses und der Temperatur hebt Vf. hervor, daß beide oft ein entgegengesetztes Verhalten zeigen. Während der wenig beschleunigte Puls vom Morgen bis Abend nur geringfügige Schwankungen erleidet, zeigt die Temperatur die bekannten großen Oszillationen. Vf. führt diese Inkongruenz — „dissociation des éléments thermiques“ — auf die besondere Natur des Eiters dieser orientalischen Leberabszesse zurück. Derselbe ist bis auf die anwesenden Amöben absolut steril. — (Revue de Medicine, Nr. 11, 1904.) **E. S.**

Zur Aetiologie des Leberabzesses. Inaug.-Diss. von Fritz Lassen in München, 1904.

Beschreibung eines, trotz wiederholter negativ ausfallender Leberpunktion intra vitam diagnostizierten Falles. Exitus. Bei der Obduktion entleerte sich beim Einschneiden in den rechten Leberlappen massenhaft aus einem System miteinander kommunizierender, buchtiger Höhlen schleimiger, gelbgrauer, dickrahmiger Eiter. Milzgröße 20 : 11 cm. Vor Jahren langdauernder Ikterus. Möglicher Zusammenhang mit der letalen Erkrankung. F. L.

Ueber primäres Leberkarzinom, unter Anführung eines Falles von primärem desmoplastischen Leberkrebs. Diss. von Otto Fuhrhans in Würzburg.

Bericht über einen Fall von primärem Spindelzellensarkom der Leber, einem primären diffusen Krebs in einer Fettleber ohne Zirrhose mit einer isolierten Harnblasenmetastase, endlich einen primären desmoplastischen Krebs der Leber mit ausgedehnter sekundärer Lymphgefäßkarzinose der Lunge. F. L.

Alkoholische Leberzirrhose beim achtjährigen Kinde. Die Chancen der Talmaschen Operation. Von Dr. R. Milchner.

Ein achtjähriges Kind zeigte als Symptome starke Anämie, leichten Ikterus, Auftreibung des Bauches, Milztumor und eine absolute Leberdämpfung von 3 bis 4 cm. Um den Ausgangspunkt des bestehenden Stauungsaszites zu ermitteln, wurde die von Strauß empfohlene Funktionsprüfung versucht: drei Stunden nach Eingabe von 100 g Lävulose gab der vorher normale Urin die Zeichen der Lävuloseausscheidung. Aetiologisch wurde sichergestellt, daß das Kind seit vier Jahren täglich eine Flasche Bier, öfters auch Schnaps bekommen hatte. Auch in der Aszitesflüssigkeit fanden sich Derivate der

Lävulose. Es wurde die Talma'sche Operation (Anheftung des großen Netzes an die Bauchwand) vorgenommen, nirgends stieß man hiebei auf die sonst häufigere Venenerweiterung. Eine Venenerweiterung auf Brust und Bauch war deutlich sichtbar aufgetreten, doch starb das Kind, nachdem sich der Aszites erneuert hatte.

Das Fehlen der Venenerweiterung im Omentum zwingt zum Abgehen von der Annahme, daß in allen Fällen die Leberzirrhose durch Stauung eine Venenerweiterung hervorrufen kann. Aber auch in solchen Fällen könnte die Talma'sche Operation von Nutzen sein.

Was das Zustandekommen der Krankheit anbelangt, scheint es, daß der Alkohol hier durch Schädigung der Blutbahn das toxische Moment für den Aszites abgegeben hat. Denn die normalen Venen des Peritoneums und des Netzes sprechen gegen die übliche Theorie von der Entstehung des Aszites. — (Die Therapie d. Gegenw., Dez. 1904.) Nrth.

k) Milz.

Ein Fall von geheilter subkutaner Milzruptur. Inaug.-Diss. von Werner Müller in München 1904. Aus der kgl. chir. Universitäts-Kinderklinik in München.

Fall von subkutaner Milzruptur, bei dem das Trauma über die Art der Verletzung im unklaren ließ. Symptome: Verschwinden der Leberdämpfung, Temperaturerhöhung, geringe Dämpfung und Schmerzen an einer umschriebenen Stelle. Bei der Laparotomie zeigte sich, daß es sich um eine Blutung durch Milzruptur handelte. Abbindung der gequetschten Stelle, Verschorfung mit dem Paquelin, gute und vollständige Heilung. Subkutane Milzruptur kann also auch ohne Exstirpation geheilt werden. F. L.

l) Blut.

Untersuchungen über das Auftreten der Myelozyten im Blute. Von C. Schindler.

Leukozytoseerregende Zustände der verschiedensten Art, insbesondere solche infektiöser Natur, sind bei gewisser Dauer imstande, einen Uebertritt von neutrophilen Myelozyten ins Blut zu veranlassen, z. B. Pneumonie, Scharlach, Diphtherie, Meningitis, Polyarthritis, septische Zustände. Zeigen sie sich bloß als Begleiter der Leukozytose auf deren Höhe, so sind sie nichts weiter als ein Zeichen hastiger Produktionstätigkeit des Markes. Erscheinen sie aber während des Absinkens der Leukozytenzahl oder bei bereits normalen Zahlen im Blute, so erweisen sie eine funktionelle Erschöpfung des Markgewebes, welche namentlich dann von schlimmster Bedeutung ist, wenn die Infektion noch in voller Virulenz fortbesteht. Myelozyten in größerer Zahl bei sinkender Leukozytose und ungebrochener Infektion (Pneumonie, Diphtherie) sind also prognostisch höchst ungünstig.

Bei Typhus und Malaria, wo die Leukopenie die Funktionshemmung des Knochenmarkes erzeugt, sind Myelozyten Zeichen einer abnormalen Reaktion.

Bei perniziöser Anämie finden sich ebenfalls Myelozyten vor, ein Zeichen für die Unfähigkeit des Knochenmarkes, den Organismus mit reifen Zellen zu versehen. Auch bei Lymphämie finden sich Myelozyten im Blute, als Zeichen der Reizung des Knochenmarkes durch das Lymphoidgewebe, analog dem Verhalten bei Metastasen maligner Tumoren. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 54, Nr. 5 u. 6.) E. S.

m) Niere.

Ein Beitrag zur Diagnostik der Nierentuberkulose. Von R. Milchner.

Ein 11jähriges Mädchen erkrankte unter den Erscheinungen einer heftigen Hämaturie. Das Kind war sehr anämisch und herabgekommen. Die linke Niere war deutlich palpabel, vergrößert und schmerzhaft. Der frisch entleerte Urin ist dick eitrig, enthält in geringen Mengen Albumin. In dem nach Gabbet gefärbten Harnsedimente finden sich zahlreiche säurefeste Bazillen. Der von Casper ausgeführte Harnleiter-Katheterismus ergab eine in ihren Funktionen schwer geschädigte Niere mit eitrigem Harn, während die andere Niere vollkommen gesund war. Auf Grund dieses Befundes wurde von Prof. Rotter die Nephrektomie ausge-

führt, die aber keine Tuberkulose, sondern eine Hydropyonephrose mit einer starken Abknickung des Anfangsteiles der linken Ureteres zu Tage förderte.

Es wurde Nephroureterektomie gemacht, und das Kind genas rasch und vollständig. Das Interessanteste an dem Falle ist das Vorkommen von säurefesten Bazillen und die Frage nach ihrer Herkunft. Da Milchner in früherer Zeit einen Fall von Bronchiektasie beobachtete, in welchem gleichfalls zahlreiche säurefeste Bazillen im Sputum aufgefunden wurden, obwohl es sich nicht um Tuberkulose gehandelt hatte, so dachte er, daß auch in diesem Falle die Pseudotuberkelbazillen nur als Schmarotzer in der eitrigen Niere vorhanden gewesen seien. Auch nach der Operation in dem vollkommen klaren Harn fanden sich diese Bazillen und so wurde es klar, daß es sich um Smegmabazillen gehandelt habe, welche auch in reichlicher Menge im Sekret zwischen den Labien vorgefunden wurden.

Es ergibt sich aus diesem täuschenden Befunde die Forderung, selbst bei positivem Bakterienbefund immer noch einen Tierimpfversuch anzustellen. — (Berl. Klin. Wochenschr., Nr. 49. 1904.)

V. Blum.

Eine neue Methode zur Diagnose der renalen Insuffizienz. Von A. C. Eustis.

Die neue Methode basiert auf dem Stickstoffgehalt des Blutes; sie wird in folgender Weise ausgeführt: 20 mm³ Blut werden aus einer Stichwunde des Ohres in die Gowers'sche Hämoglobinometerpipette aufgesogen und in eine 10 cm lange Eprouvette gegossen. Die Pipette wird mit destilliertem Wasser in dieselbe Eprouvette hinein ausgespült und 1 cm³ konzentrierte Schwefelsäure hinzugefügt. Diese Mischung wird gekocht und kleine Kristalle von Kalium permanganat. von Zeit zu Zeit hinzugegeben, bis die schwarze Farbe, die durch die Verbrennung der organischen Substanzen durch die Schwefelsäure hervorgerufen wird, verschwunden ist. In wenigen Minuten erhält man auf diese Weise eine wasserklare Lösung. Nach Abkühlung der Flüssigkeit wird dieselbe auf 100 cm³ verdünnt und 2 cm³ Neßler'sches Reagens hinzugefügt. Dadurch entsteht eine gelbe Farbe, die in ihrer Intensität mit der Menge des anwesenden Ammoniumsulphat wechselt. Durch Vergleich dieser Farbe mit der Färbung einer Ammoniumchloridstammlösung, der man dieselbe Menge Neßlersches Reagens beigefügt hat, wird die Stickstoffmenge in den 20 mm³ Blut bestimmt. Die Stammlösung von Ammoniumchlorid wird angefertigt, indem man 0·314 g Ammoniumchlorid in 100 cm³ Wasser auflöst. 5 cm³ dieser Lösung werden mit destilliertem Wasser auf 500 cm³ verdünnt. Jeder cm³ dieser Lösung enthält 0·008 Nitrogen. Durch Multiplikation der Zahl der cm³ der Stammlösung, welche erforderlich ist zur Erzeugung der gleichen Farbe wie das Blut, mit der Zahl 0·008 und dann mit 5000, erhalten wir in Milligrammen die Menge von Stickstoff in 100 cm³ Blut. Die Farbenvergleichung soll erst 30 Minuten nach der Anfertigung der Lösung gemacht werden. Die Untersuchung des Blutes von 18 normalen gesunden Menschen ergaben 40 bis 80 mg Stickstoff auf 100 cm³ Blut — in der Regel um 40 mg herum. In allen Fällen von Nephritis bekam Eustis einen hohen Stickstoffgehalt des Blutes, während in den Fällen, wo keine Niereninsuffizienz zu konstatieren war, der Stickstoffgehalt bedeutend geringer war. E. berichtet über drei Fälle, in denen die Diagnose nur mit Hilfe dieser Blutuntersuchung gemacht wurde. Vf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: wenn das Blut eines Kranken einen Stickstoffgehalt unter 80 mg auf 100 cm³ Blut enthält, so hat er eine normale Nierentätigkeit. Ist der Stickstoffgehalt 120 bis 140 mg in 100 cm³, so besteht partielle Niereninsuffizienz, beträgt er aber 200 mg oder darüber, so besteht Urämie. — (New Orleans medical and Surgical Journal, Nov. 1904.)

V. Blum.

n) Nervensystem.

Ueber nächtliche Kopfbewegungen bei Kindern. Von Dr. J. Zappert.

Bei Kindern — selten vor dem dritten Lebensjahre — findet man manchmal



eigentümliche rhythmische Wackelbewegungen des Kopfes, die ausschließlich während der Nacht, bezw. während des Schlafes auftreten und Jahre hindurch unverändert fortbestehen. Es ist nach übereinstimmenden Aeußerungen der Eltern solcher Kinder sichergestellt, daß dieses Kopfwackeln den tiefen Schlaf begleitet und den Kindern nicht bewußt wird. Manchmal ist es an bestimmte Schlafpositionen gebunden. Es ist weder sicher, ob die Wackelbewegungen bereits beim Einschlafen einsetzen, noch ob sie die ganze Nacht andauern und ob sie jede Nacht wiederkehren; letzteres scheint wahrscheinlich. Die Kopfbewegungen waren bei vier von den beobachteten sechs Kindern (diese standen im Alter von 7 bis 14 Jahren) überhaupt nicht zum Stillstand gekommen.

Mit Tik, Hysterie, Spasmus nutans dürfte der Zustand nichts zu tun haben. Am meisten Aehnlichkeit bietet er mit den sogenannten Stereotypien, Gewohnheitsbewegungen, die im Kindesalter in der Form des Ludelns, Fingerzupfens eine große Verbreitung haben. — (Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, III. Jahrg.) Nrth.

Ueber das kombinierte Vorkommen von Myasthenie und Basedow'scher Krankheit.

Von Dr. R. Meyerstein in Berlin.

Eine 33jährige, unbelastete Patientin sah seit einiger Zeit doppelt, fühlte Schwäche im Genicke, die Arme ermüdeten schnell, Patientin konnte jedoch nach einer Pause für kürzere Zeit weiterarbeiten, hatte Herzklopfen, geriet leicht in Schweiß. Objektiv fand sich beiderseits Ptosis, die übrigen äußeren Augenmuskeln links gelähmt, rechts stark paretisch. Beiderseits Exophthalmus, seltener Lidschlag. Beim Versuche, die Augen mehrmals hintereinander zu schließen, Verstärkung der Ptosis. Kraftloser Augenschluß. Stirnrunzeln schlecht. Unterer Fazialis und Bulbärmuskeln intakt. Struma seit 20 Jahren. Manchmal leichter Fingertrumor. Rasches Ermüden der Arme beim Heben, kraftloser Händedruck. Puls 120. Elektrisch ausgesprochene myasthenische Reaktion einiger Oberarmmuskeln. Bei der sonst keine Abnormitäten darbietenden Kranken trat ziemlich plötzlich hochgradige Atemnot, Erschwerung des Sprechens und Schluckens ein, Tod unter starker Zyanose und Dyspnöe nach drei Tagen. Bei der Patientin bestand sowohl dem objektiven Befund als auch der Entwicklung des Leidens nach eine Myasthenia gravis kombiniert mit Morbus Basedowii. Eine Anzahl solcher Fälle sind bereits beschrieben worden. Da sich zur Myasthenie nur äußerst selten andere nervöse Leiden gesellen, dürfte es sich hier um einen inneren Zusammenhang handeln. Nach Oppenheim wird durch die Basedow'sche Krankheit die Disposition zur Erkrankung an Myasthenie erhöht. Vielleicht werden beide durch dieselbe Noxe hervorgerufen. Mehrere Sektionsbefunde bei Myasthenie, in denen sich Hypertrophie oder Tumoren der Thymus fanden, scheinen darauf hinzuweisen, daß diese Druse in der Pathologie der Erkrankung eine Rolle spielt. Auch bei Basedowkranken fand sich wiederholt eine persistierende Thymus. Bei Kombination beider Leiden wäre auf diese Verhältnisse besonders zu achten. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 23, 1904.)

Rosenthal.

Ein Fall von ausgedehnter Meningitis syphilitica der Hirnkonvexität und Basis.

Von K. Schaffer in Budapest.

Eine 44jährige Patientin, Alkoholikerin, die Lues überstanden hatte, bekommt seit $1^1/_4$ Jahren epileptiforme Anfälle, zu welchen sich bald Paresen der linken Extremitäten gesellen. Die Untersuchung ergab: Links Blickparese, rechte Pupille verengt, total starr; linksseitige bilaterale Hemianopsie; Papillen weißlich, die rechte prominent; Geruch rechts herabgesetzt; linker Mundfazialis paretisch; rechts Otitis media, Gehör rechts stark herabgesetzt; Parese der linksseitigen Extremitäten, welche zugleich, besonders in ihren distalen Teilen, hypästhetisch sind; tiefe Sensibilität und Stereognose links herabgesetzt; links Spasmen, Fußklonus, sonst Reflexe lebhaft; links Ataxie; Romberg positiv. Schwindelgefühl, Parästhesien der linken Extremitäten, häu-

fige Anfälle, die Patientin kommen fühlt, bei erhaltenem Bewußtsein, zuerst tonische, dann klonische Krämpfe der linken Extremitäten, Augen und Kopf nach links gedreht, Steigerung der linken Hemiparese nach jedem Anfall. Beständige Kopfschmerzen rechts, rechts Schädel perkussionsempfindlich. Bisweilen impulsives Lachen. Tod an Pneumonie. Die Sektion ergab Atrophie und Erweichung des rechten Frontallappens, nach hinten bis zur vorderen Zentralwindung reichend, deren unterer Teil einbezogen ist, auch die Temporalspitze, besonders an der Basis verändert, rechts Tractus olfact. stark reduziert. Mikroskopisch fand sich Rundzelleninfiltration und Erweichung der Gehirnmasse, nebst Verdickung der Meningen. Die linksseitige Blicklähmung spricht für die Lokalisation der konjunktiven Deviation der Augen nach Dejerine (hintere Partie der zweiten Frontalwindung). Die Sensibilitätsstörung der gelähmten Körperhälfte folgert aus der Läsion der entsprechenden motorischen Zone; wie schon Bonhoeffer konstatierte, war die Störung in den distalen Partien der Extremitäten am stärksten. Die linksseitige bilaterale Hemianopsie fand in der (mikroskopisch nachweisbaren) Affektion des rechten Sehtrakts ihren Grund. Der rechtsseitige Kopfschmerz entsprach faktisch dem Sitze des Leidens. Das impulsive Lachen dürfte auf die Affektion des Stirnhirnes zurückzuführen sein, ebenso der moriaartige Zustand von Demenz mit Witzelsucht. — (Neural. Zentralbl., Nr. 22, 1904.)

Rosenthal.

Ueber Fälle vom Symptomenkomplex „Tumor cerebri" mit Ausgang in Heilung (Pseudotumor cerebri). Ueber letal verlaufene Fälle von „Pseudotumor cerebri" mit Sektionsbefund. Von Dr. M. Nonne in Hamburg.

Wenn es auch kein für den Hirntumor pathognomonisches Einzelsymptom gibt, so ermöglicht doch ein gewisser Komplex von Allgemein- und Lokalsymptomen im Verein mit dem Verlauf und dem Fehlen einer nachweisbaren Aetiologie die Diagnose. Nun gibt es aber Krankheitsbilder, die nach unseren bisherigen Erfahrungen zur Diagnose „Hirntumor" berechtigen, die aber trotzdem in Dauerheilung übergehen oder bei der Sektion einen negativen Befund zeigen. In fünf Fällen, die deutliche Stauungspapille, ferner Kopfschmerz und Erbrechen aufwiesen, zum Teil auch Lokalsymptome, langsam wachsende Hemiparesen, kam es zur Heilung, nur in einem blieb eine partielle Optikusatrophie zurück. Lues war in keinem Falle nachweisbar. In einem sechsten Falle, der Stauungspapille, rechtsseitige Jackson'sche Anfälle mit Steigerung der Sehnenreflexe der krampfenden Seite, daselbst auch Fazialisparese und Klopfempfindlichkeit der linken Schädelhälfte aufwies, ergab die Trepanation vollkommen negativen Befund. Trotzdem hörten die Anfälle nach einigen Wochen auf, um nach einem Jahre für kurze Zeit wiederzukehren. Seit zwei Jahren dauernd gesund. Für Hysterie oder Epilepsie keinerlei Anhaltspunkte. In zwei weiteren Fällen gingen die Tumorsymptome auf antiluetische Behandlung vollkommen zurück, ohne daß Lues irgendwie erweisbar war. In diesen acht Fällen war Enzephalitis, Meningitis, Abszeß, Chlorose, Nephritis auszuschließen. Gegen Hydrocephalus internus sprach das Fehlen einer nachweisbaren Aetiologie. Die vier folgenden Fälle boten fast ein gleiches Bild, führten aber zum Tode. Zweimal ergab die Sektion ein vollkommen negatives Resultat, einmal eine hochgradige Anämie. Daß Anämie und Chlorose Kopfschmerz, Erbrechen und Papillenschwellung hervorrufen und dadurch einen Hirntumor vortäuschen können, ist bereits bekannt. Drei weitere Fälle beweisen die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Tumor der hinteren Schädelgrube und Hydrozephalus. Ein Fall von Hydrozephalus nach Schädeltrauma ging in Genesung, ein zweiter nach intensivem psychischen Trauma in Tod über. In einem Fall nahm der Vf. an, daß sich an eine otitische, gutartige Sinusthrombose ein Hydrozephalus anschloß, der sich langsam resorbierte. Diese Fälle mahnen erstens zur Vorsicht bei der Stellung einer absolut ungünstigen Prognose auch da, wo das Gesamtbild eines Hirntumors vorliegt, zweitens war-

nen sie davor, die Remissionen und Heilungen nach Schädeltrepanationen bei „Tumor cerebri" allzuhoch zu bewerten, — (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 27, H. 3 u. 4.) Rosenthal.

o) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Ueber Rötel und Schweißfriesel. Von Dr. Hoche.

Röteln und Schweißfriesel, diese zwei viel umstrittenen, in ihrer Klinik und Aetiologie schwankenden Exanthemformen erfahren in dem Beobachtungsmateriale H.s eine weitere Beleuchtung. Zu diesen Untersuchungen gab eine in den Bezirken Sehe-Hadeln und Geestemünde 1901—1902 verfolgte Epidemie Anlaß.

Was die Symptome betrifft, so bot die große Mehrzahl der Fälle das typische Bild der Röteln: Aeußerst leichte Erkrankung mit geringen oder gar keinen Allgemeinerscheinungen, fast ausschließlich bei Kindern auftretend. Rötung des Rachens, masernartiger Ausschlag mit kleineren Effloreszenzen, daneben mehr oder weniger zahlreiche Miliariaknötchen auf den Flecken, kleienförmige geringe Abschuppung, zuweilen Anschwellung der Hals- und Nackendrüsen.

Zwischen diesen ganz leichten Fällen traten aber teils Einzelfälle, teils Hausepidemien auf, die ein schwereres Bild nach verschiedenen Richtungen hin boten. Diese schwereren Formen hat Vf. bereits 1898 gemeinsam mit Dr. Stoevesandt unter der Diagnose „Schweißfrieseln" (Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 31) veröffentlicht. Das durch schubweise auftretendes, reichlich mit Bläschen untermengtes Exanthem, Fieber, profusen Schweiß, nervösen Erscheinungen, Rötung und Schwellung des Rachens, kleienförmige oder gemischte Desquamation, sowie durch teilweise sehr langwierige Rekonvaleszenz charakterisierte Krankheitsbild möchte Vf. nun nach seinen weiteren Erfahrungen als eine schwere Erscheinungsweise der Rötel ansehen.

Die erste Analogie glaubt H. in der den beiden Krankheiten gleich zukommenden, schwankenden Inkubationsdauer (Röteln 8—28 Tage, Schweißfriesel 8 bis 10 Tage), die plötzlich eine Verkürzung auf wenige Tage, respektive Stunden erfahren kann, erblicken zu dürfen. Weitere Anklänge und Uebereinstimmungen sind in dem Fehlen von Prodromalerscheinungen, in der Neigung zu Petechien sowohl wie zur Bildung miliarer Bläschen, sowie in der Desquamation etc. gegeben. Diese Auffassung wird weiterhin noch durch die gleiche Uebertragungsart (Ausatmungsluft) und die epidemiologischen Eigenheiten beider Erkrankungsformen gestützt. Bei Röteln wie bei Schweißfrieseln findet sich das plötzliche blitzartige Befallenwerden eines großen Teiles der Bevölkerung eines Ortes, ebenso plötzlich verschwinden die Epidemien, und wenn auch einzelne sporadische Fälle sich noch längere Zeit zeigen können, so ist die Dauer der eigentlichen Epidemien doch so kurz, wie bei keiner anderen Infektionskrankheit. Dabei ist die Extensität beider Erkrankungen in den heimgesuchten Orten so groß, wie bei keiner anderen Infektionskrankheit. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 60, H. 4.) N.

Ueber die Dukes'sche „Vierte" Krankheit („Fourth disease"). Von Prof. Dr. von Bokay.

In dieser von seltener Literaturkenntnis zeigenden Studie des vielerfahrenen Pädiaters bekommen wir eine scharfsinnige Definition jener akuten exanthematischen Infektionsformen zu hören, die neuerdings als atenuierte Manifestationen des Scharlachgiftes angesehen oder als selbständige Varietäten verteidigt werden. Bekanntlich hat C. Dukes schon 1892 epidemisch auftretende Hautausschläge verfolgt, die bei aller Scharlachähnlichkeit doch in Bezug auf Infektiosität, Dauer, Ausbreitung und Verlaufsweise von dem typischen Krankheitsbilde abwichen und von dem Autor daher als eine sowohl von Scharlach als auch von Röteln unabhängige Erkrankung angesprochen wurden (Lancet 1900). Unbedeutende Prodromalerscheinungen (Halsweh, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit), eine Inkubation von 9—21 Tagen, ein in wenigen Stunden den ganzen Körper überziehender, nur das Gesicht verschonen-

der, punktierter, blaßroter Ausschlag, sowie multiple Drüsenschwellung charakterisieren den von D. geschilderten Symptomenkomplex. Mäßige Abschuppung, gelegentlich schwache Albuminurie, sowie ein Aufhören der Ansteckungsgefahr nach 2—3 Wochen sollen weiterhin die Eigenart der Infektion ergänzen. J. Weaver (1901) entwirft die gleichen Grundzüge des Prozesses und legt auf das subjektive Wohlgefühl, den geringen Temperaturanstieg, sowie den Mangel katarrhalischer Erscheinungen den Schwerpunkt.

Auf Grund seiner reichen Erfahrungen in der Spitalstätigkeit, sowie in der häuslichen Beobachtung spricht sich nun B. entschieden für die Berechtigung aus, diese Krankheitsbilder einer besonderen Klassifikation zu unterziehen. Bei dieser Gelegenheit weist Vf. darauf hin, daß Filatow bereits im Jahre 1885 diese Verhältnisse beleuchtet und zu ihrer Skizzierung die Bezeichnung Rubeola scarlatinosa verwendet hat. Die Identifizierung der „Vierten Krankheit" mit schwacher, abortiv verlaufender Skarlatina, hält Vf. schon aus dem Grunde nicht für ratsam, weil die Skarlatina vor der Dukesschen Erkrankung keinen Schutz bietet, die letztere wieder häufig noch von Scharlach gefolgt zu sein pflegt. Gleichwie der Rötel aus dem Bilde der Masern ausgeschieden wurde, so glaubt B. der Filatow-Dukes'schen Varietät in Bezug auf Scharlach das gleiche Los prophezeien zu können. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43, 1904.) N.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Sublamin. Erzeugnis der chem. Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering), Berlin N.

Zusammensetzung: Sublamin ist Quecksilbersulfat-Aethylendiamin. Die weißen Nadeln sind im Alkohol schwer, in Wasser leicht löslich mit alkalischer Reaktion. Der Quecksilbergehalt beträgt zirka 44%; 1·7 g Sublamin enthalten demnach so viel Quecksilber wie 1 g Sublimat.

Pharmakologisches: Das Sublamin besitzt eine hohe bakterizide Kraft und ist hinsichtlich der Desinfektion der Haut und der Schleimhaut dem Sublimat gleichwertig. Seine Tiefenwirkung ist infolge des Fehlens der Eiweißfällung eine größere. Reizerscheinungen an Haut und Händen fehlen. Nach Untersuchungen v. Engels am hygienischen Institut der Universität Marburg ist das Sublamin, subkutan einverleibt, für weiße Mäuse fünfmal weniger toxisch als Sublimat. Nach M. Friedländer erzeugen intramuskuläre Injektionen geringere, weichere, schneller verschwindende Knoten als Sublimatinjektionen und sind weniger schmerzhaft als die letzteren. Auch mit Seifenlösungen gibt das Sublamin im Gegensatz zu Sublimat keine Fällungen. Von Metallen wird Silber, Zinn und Reinnickel durch Sublaminlösungen nicht angegriffen, dagegen Eisen, Stahl und nicht gut vernickelte Gegenstände. Gummisachen (Katheter, Gummischläuche etc.) werden von Sublaminlösungen (1:1000) selbst bei mehrtägigem Kontakt nicht angegriffen.

Indikationen: Zur Händedesinfektion: Gründliches Waschen in einer Sublaminlösung 1:1000.

Zur Sterilisation von chirurgischer Nähseide: 10 Minuten langes Kochen in ungefärbtem Sublamin 1:300.

Für Vaginaspülungen: Lösungen 1:500 bis 1:1000.

Blasen- und Harnröhrenspülungen: Lösungen von 1:5000.

Augeninstillationen, Nasen-

*) Zusendungen von Separatabdrücken, therapeutischen Werken etc. für diese Rubrik werden erbeten an Herrn Dr. Fritz Loeb in München, Kaufingerstraße 25.



spülungen: Lösungen von 1:3000 bis 5000.

Subkutane Injektionen: Lösungen von 1:50.

Intramuskuläre Injektionen bei Syphilis: 3·4%ige Lösungen.

Bezüglich der letzteren Indikationen berichtet Mendel (Essen), daß wir in dem Sublamin ein Heilmittel besitzen, welches auch da Verwendung finden kann, wo die übrigen Quecksilberkuren mit Gefahr verbunden sind, bei schwächeren und gegen Quecksilber besonders empfindlichen Patienten, und welches uns die Möglichkeit gibt, in schonender, den Körper nach keiner Richtung hin alterierender Kur verhältnismäßig große Mengen Quecksilber in den Körper einzuführen und alle Organe damit zu durchspülen. Da Eiweißlösungen durch das Sublamin nicht zur Koagulation gebracht werden, dringt dasselbe leicht in tierische Gewebe ein und gelangt schnell zur Resorption. Die endovenöse Injektion besitzt daher nur wenig Vorzüge bezüglich der Intensität und der Schnelligkeit der Wirkung vor der intramuskulären Anwendung.

Nach Imre gewährt das Sublamin großen Nutzen bei der Behandlung der verschiedenen Formen der eiternden Bindehautenzündung, bei Blennorrhoea neonatorum und ist als Desinfizienz bei den Waschungen in der Behandlung des Trachoms zu empfehlen. Auch in sonstigen Fällen heftiger infektiöser Konjunktivitiden und im allgemeinen in Fällen frischer Katarrhe sah Imre von Sublaminumschlägen und Waschungen größeren Nutzen als bei Anwendung von Borsäure, Blei oder Zink. Dabei darf jedoch die Pinselung mittels einer schwachen Lapislösung oder besser mit Argentamin nicht unterlassen werden.

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Gebrauchsanweisung für Sublamin: Die Hände werden zunächst mit lauwarmem Wasser und Seife (Schmierseife, Sandseife, Saposilic.) unter Anwendung einer Bürste 8—10 Minuten lang gewaschen und dann — nach Abspülung der auf den Händen etwa noch anhaftenden Seife in Wasser — 5 Minuten lang mit einer möglichst warmen 3‰igen Sublaminlösung (3 Pastillen werden in 1 l Wasser gelöst) ebenfalls unter Anwendung einer Bürste behandelt. — Das Sublamin wird in Röhrchen mit 20 oder 10 Tabletten, für Injektionen in Pulverform ungefärbt, geliefert.

Exodin. Erzeugnis der chem. Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering), Berlin N.

Zusammensetzung: Exodin ist ein Diazetylrufigallussäuretetramethyläther und steht als Oxyanthrachinonderivat dem Emodin und Purgatin (Purgatol) (Anthrapurpurindiazetat) chemisch nahe. Es ist ein gelbes Pulver ohne Geruch und Geschmack, unlöslich in Wasser, schwer löslich in Alkohol.

Wirkung: Erzeugt Stühle von meist breiartiger Konsistenz, wirkt nach den Erfahrungen W. Ebsteins (Göttingen) mild und sicher. Die Wirkung tritt nach 8—12 Stunden ein, ohne Stuhldrang.

Indikationen: Nach den Erfahrungen Ebsteins bewährt sich das Exodin nicht allein als Abführmittel, sondern leistet auch, per os genommen, ausgezeichnete Dienste im Sinne eines sogenannten Schiebemittels neben dem Gebrauche größerer Oelklystiere bei der chronischen Koprostase, welche durch die in den Haustris des Dickdarmes gelagerten harten und eingetrockneten Skybala unterhalten wird. Da hiebei die durch den Mund eingeführten Abführmittel meist nicht zum Ziele führen, wendet Ebstein zur Anregung der Entleerung des Dickdarmes Oelklysmen an, durch welche die harten Kotmassen gelockert, bezw. gelöst werden sollen. Um den verflüssigten oder wenigstens zur Evakuation schon geeigneten Kot aus dem Darme herauszubefördern, gebraucht Ebstein an Stelle des früher benützten Kalomel und Rizinusöl das Exodin.

Die wirksame Dose ist 1·0; das Präparat wird in Tablettenform in den Handel gebracht; jede Tablette enthält 0·5 g Exodin. Die Tabletten zerfallen im Wasser leicht zu Pulver. Für Kinder genügt eine Tablette, Erwachsene nehmen

zwei Stück. Die Einverleibung geschieht am besten in folgender Weise: Man läßt die Tabletten in einer entsprechenden Quantität Wasser zergehen und läßt die so hergestellte wässerige Aufschwemmung des Exodins — unter stetem Umrühren mit einem Löffel — trinken. Die etwa im Glase zurückbleibenden Exodinreste werden mit etwas Wasser abgespült und gleichfalls nachher getrunken. Es ist dies Verfahren dem Verschlucken der Tabletten im ganzen vorzuziehen, auch wenn das Schlucken keine Schwierigkeiten macht, weil bei der Aufschwemmung des Exodins dasselbe in möglichst fein verteiltem Zustand in den Magen gelangt.

Folgende Verordnungsweise wird empfohlen:

Rp. Tabulettae Exodini Schering 0·5
D. in scat. origin. tal. dos. Nr. X
Sig. Einmal täglich 1—3 Tabletten im Wasser aufgeschwemmt zu nehmen.

Auch Stauder (Nürnberg) hat mit Exodin gute Erfahrungen gemacht. Nach seinen Angaben verdient es sowohl den Vorzug vor dem Emodin wegen seines bedeutend billigeren Preises, als auch vor dem Purgatin, welches folgende zwei Nachteile habe: 1. entstehen beim Purgatingebrauch intensiv braungelbe Flecken, die den Patienten sehr unangenehm auffallen und für viele der Grund sind, das Weiternehmen des Mittels zu verweigern, 2. erreiche man mit der wirksamen Durchschnittsdose von 2 g Purgatin weniger als mit kleineren Dosen Exodin.

Literatur: W. Ebstein. Exodin, ein neues Abführmittel. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1904. — A. Stauder, Exodin, ein neues Abführmittel. Ther. d. Gegenw., Juni 1904.

Theocin-Natrium aceticum, eine wesentliche Verbesserung des alten Theocins. Von Dr. Max Hackl in Solln-München.

Es ist nicht das erstemal, daß Vf. in der Theocinfrage das Wort ergreift. Vor einiger Zeit hat er über Nebenerscheinungen des Theocinum purum (Uebelkeit und Erbrechen nach fast jedes Dosis) berichtet. In seiner neuerlichen Mitteilung spricht er aus, daß nach seiner Erfahrung das Theocinum-Natrium aceticum ganz frei von unangenehmen Nebenwirkungen und ein wirklich prompt wirkendes Diuretikum sei. Das neuere Theozin ist ein Doppelsalz aus Theocin-Natrium und Natriumazetat und wird von der Firma Bayer, Elberfeld, erzeugt. Es kommt in Pulvern oder Lösung 0·3—0·5 g dreimal täglich stets nach dem Essen, sowie in Form von Suppositorien zur Anwendung. Ferner werden Tabletten in Originalpackung à 0·25 und 0·1 hergestellt. — (Die Therapie d. Gegenw., Dez. 1904.)

Ueber Diuretin und Harnstoff. Von Dr. J. Zajaczkowski.

Auf Grund der Erfahrungen, welche Vf. an einer großen Zahl von Kranken machte, empfiehlt er Diuretin und Harnstoff in Kombination als hervorragendes, sogar ausschließliches Heilmittel bei unkompensierten Aortenfehlern und Fehlern der Mitralis. Ueberdies haben wir im Diuretin und Harnstoff Mittel, welche auch bei Leberzirrhose gute Dienste leisten; ihr Wert wird noch dadurch gesteigert, daß sie wenig giftig sind, wodurch es ermöglicht wird, dieselben längere Zeit und in verhältnismäßig großen Dosen zu verabreichen. — (Wien. med. Presse Nr. 44, 1904.)

Adorin.

Ein festes Formalin in Pulverform (Paraformaldehyd) hat E. Schering (Berlin) zur Behandlung des Schweißfußes in den Handel gebracht. Das neue Streupulver eignet sich nach den Erfahrungen Joachimczyks vorzüglich zum Ersatz der Formalinpinselung. Es ist ein fast geruchloses, weißes, feines Pulver und kommt in Streudosen à 50·0 und 100·0 (50 und 75 Pf.) zum Versand. Bei schweren Fällen ist eine vorherige Anwendung der Formalinpinselungen zweckmäßig. Die letzteren werden nach den Angaben von Stabsarzt Dr. Gerdeck in der Weise vorgenommen, daß man die Fußsohlen dreimal an einem Tage und dann noch einmal am



Morgen des folgenden mit einer konzentrierten Formalinlösung einpinselt, so daß jedesmal 1·0—1·5 g Formalin für jeden Fuß verbraucht werden. Der Schweiß hört bald gänzlich auf, der üble Geruch schwindet und erst etwa drei Wochen nach der Pinselung wird wieder eine Schweißsekretion wahrnehmbar, nachdem sich die Haut der Fußsohle gänzlich geschält hat. Verschiedene Nachteile dieser Behandlungsmethode (bei empfindlicher Haut Schrundenbildung, besonders zwischen den Zehen, mit schlechter Heiltendenz), welche bei Behandlung mit Adorin nicht zur Beobachtung gelangen, machen das letztere empfehlenswert.

Adorin wird in der Weise angewendet, daß man es in die Fußbekleidung (Strümpfe und eventuell auch in das Schuhwerk) einstreut. — (Ther. Monatsh., Okt. 1904.)

Stovaïne.

Mydriatikum. Instillation einer 1%igen Lösung. Die Mydriasis tritt nach 10—12 Minuten ein, erreicht schnell ihr Maximum und bleibt 12 Stunden bestehen. Die Spannung und Akkomodation des Auges werden nicht beeinträchtigt. — (Fromaget und Dion, La Presse méd. Nr. 79, S. 630, 1904.)

Capsul. phosphor. compos. (0·0005 Phosphor enthaltend) hat Hartmann herstellen lassen (in der Kaiser Friedr.-Apoth. Berlin NW).

Diese phosphorhaltigen Gelatinekapseln sind bei der Behandlung der Rhachitis, sowie bei der von Siebenmann empfohlenen Phosphorbehandlung der Otosklerose (Spongiosierung der Labyrinthkapsel) zu verwenden. Sie sind haltbar und werden gut vertragen. In der Regel nimmt man zwei Kapseln täglich nach der Mahlzeit. — (Med. Klinik Nr. 1, 1904.)

Mitin ist eine neue Salbengrundlage, die eine überfettete Emulsion mit hohem Gehalt an serumähnlicher Flüssigkeit darstellt.

Herba Tradescantiae erectae sind ein vorzügliches Hämostatikum und sowohl in frischem gestoßenen Zustand, als auch in 20% Dekokt der trockenen Pflanze äußerlich und innerlich verwendbar. Das Mittel ist angeblich unschädlich. — (Pharm. Ztg. Nr. 27, 1904.)

Tannalbin.

Der rühmlichst bekannte Berliner Pharmakologe L. Lewin empfiehlt als Ersatz für Tannalbin neuerdings wieder folgende Mischung: .

Rp. Solut. Acid. tannic. 2·0—5·0 : 150·0
adde agitando
Albumin. solut. ovi un.

Diese Mischung ist nach seinen Angaben in Bezug auf therapeutischen Wert dem Tannalbin ebenbürtig. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22, 1904.)

Nach einem Berichte von Gehe & Co. (Pharm. Ztg. Nr. 34, 1904) kann jedoch das Tannalbin nicht durch andere Tanninalbuminate arzneilich ersetzt werden, da in den letzteren die Gerbsäure so locker gebunden sei, daß sie schon im Magen abgespalten wird und dadurch die Magenschleimhaut belästigt.

Verordnung des Tannalbin für Erwachsene:

Rp. Tannalbin (Knoll) 1·0—2·0
D. t. d. Nr. X—XX
S. Bei Beginn 5—6 Pulver innerhalb 4 Stunden, später in absteigender Dosis

Preiß hat vergleichende Untersuchungen über den Wert der neueren Tanninpräparate angestellt und gefunden, daß bei reiner Darmdyspepsie der Säuglinge nur Tannalbin wirkt und auch erst nach vorheriger Verabreichung eines Laxans; bei Enteritis acuta und chronica leistete T. gute Dienste. Tannalbin in Kombination mit Kalomel half bei Cholera infantum; bei älteren Kindern empfiehlt sich mehr das Tannoform. Bei tuberkulösen Durchfällen bewährte sich das letztere Tanninpräparat besonders. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 5—7, 1904.)

Ueber neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Abronatol-Pastillen. Zusammensetzung: Mit Schokolade überzogene Pastillen, welche aus einem aus Artemisia

abrotanum gewonnenen Extrakt und Menthol bestehen.

Anwendung: Stomachikum, Darmadstringens und Darmdesinfiziens.

Alboferrin. Zusammensetzung: Ein 0·68% Eisen, 0·328% Phosphor, 90·14% Eiweiß enthaltendes Kräftigungsmittel.

Eigenschaften: Hellbraunes, fast geschmack- und geruchloses, wasserlösliches Pulver.

Aleuronat. Zusammensetzung: Unter dem Namen Aleuron versteht man Proteinkörner (geformte Eiweißkörper) der Pflanzensamen, besonders der Getreidefrüchte, mit hohem Stickstoffgehalt. Im Handel befinden sich verschiedene Präparate, welche sämtlich einen mehr oder minder großen Prozentsatz dieser Aleuronkörner enthalten, so das Aleuronat aus Getreidekleber gewonnen, das „Aleuronat neu“ durch mechanische Vorrichtungen aus Weizenkörnern als Nebenprodukt der Weizenstärkefabrikation gewonnen. Dieses Präparat soll enthalten: Protein: 87%, Aetherextrakt 6%, Stärke 6·5%, Asche 1·27%, Faserstoff 0·28%.

Anwendung: Als Nahrungsmittel vorzugsweise für Diabetiker.

Amiotine. Zusammensetzung: 10·79% Eiweiß, 4·25% Fett, 9·68% lösliche Kohlehydrate (Dextrin, Zucker), 58·14% Stärke, 1·46% Extraktivstoffe, 5·75% Mineralstoffe (mit Eisen, Phosphorsäure, Kalk und Brom).

Anwendung: Gegen Rhachitis, Tuberkulose und Anämie angepriesen.

Anämin. Zusammensetzung: 0·2% Eisen enthaltendes Eisenpepsinsaccharat.

Eigenschaft: Wohlschmeckende Flüssigkeit.

Anwendung: Anämie und Chlorose, besonders bei der damit verbundenen Appetitlosigkeit.

Antichlorin. Zusammensetzung: Gemisch aus basisch ameisensaurem Wismut, Natrium bicarbonat. und Traubenzucker.

Eigenschaften und Anwendung: Weißes, in Wasser teilweise lösliches Pulver, gegen Bleichsucht.

Antichlorpillen. Zusammensetzung: Jede Pille soll enthalten: Ferr. sulfuric., Natr. carbonic., Chinin, Sulfur., Extr. strychni aa 0·05, Acid. arsenicos. 0·002.

Anwendung: Täglich 2 Pillen gegen Bleichsucht.

Antichlorose. Zusammensetzung: Hämoglobin. liquid. 60, Glyzerin 3, Vin. Xerens. 20 Teile unter Zusatz von Geschmackskorrigentien.

Anwendung: Blutpräparat bei Chlorose.

Antidysenterikum. Zusammensetzung: Pelletierin 0·1, Myrobalan. ind. pulv. 1·5, Extr. Granati cort. 1·5, Extr. Rosae fol. 1·5, Gummi arab. 9·5, f. pil. 100.

Anwendung: Gegen Dysenterie.

Anusol. Zusammensetzung: Jodresorzinsulfosaures Wismut.

Anwendung: Lokal bei Hämorrhoiden, Wunden und anderen Defekten des Afters.

Anusol-Suppositorien: Rp. Anusoli 7·5, Zinc. oxydat. 6·0, Balsam. peruvian. 1·5, Ol. cacao 19·0, Ung. cerei 2·5, F. supposit. 12.

Aphroditin. Zusammensetzung: Ein mit Eisen, Natr. bicarbonat. und Kalziumphosphat versetztes, mit Kumarin parfümiertes Hafermehl.

Anwendung: Als Mittel gegen Magerkeit angepriesen.

Arenose. Zusammensetzung: Hafermehl, mit löslichem Eichelmalzextrakt vermischt.

Anwendung: Als diätetisches Präparat.

Arsenferratin. Zusammensetzung: 1% Eisen und 0·06% arsenige Säure enthaltendes Präparat.

Eigenschaften: Rotes, nach Ferratin riechendes Pulver.

Anwendung: Als Arseneisenpräparat.

Artemisin. Zusammensetzung: Oxysantonin, $C_{15} H_{18} O_4$.

Eigenschaften: Farblose, bei 200° schmelzende Kristalle, löslich in Alkohol.

Anwendung: Stomachikum.

Artemassin. Zusammensetzung: Pillen, welche Eisenoxyduloxalat, Artemisin und Quassin enthalten.

Anwendung: Gegen Bleichsucht.

Astra. Zusammensetzung: 12·7% Eiweiß enthaltendes Kindernährmittel.

Avenose. Zusammensetzung: Ein aus Hafermehl mit Eichelmalzextrakt be-

stehendes Nährmittel. — (Riedels Mentor 1904.

(Fortsetzung folgt.)

Asphalintee (K o l l u c h s), S p e c i e s M y r t i l l. c o m p., ein neues Mittel gegen Zuckerharnruhr. In einer längeren Abhandlung teilt Dr. Fr. S o n n t a g-Wien seine Erfahrungen mit Spec. myrtill. comp., welche unter dem Namen „K o l l u c h s Asphalintee" gesetzlich geschützt sind, mit. Dieser Tee besteht in der Hauptsache aus den Blättern und Blüten des Heidelbeerkrautes. Verabreicht wird der Tee in Form des frisch bereiteten Aufgusses, schluckweise während der Mahlzeiten. Von den Fällen der Reduktion des Zuckergehaltes führt Vf. einige an, aus welchen nach einem vier- bis sechsmonatlichen Gebrauche des Tees der Zuckergehalt von 2·3 und sogar von 5% auf Spuren reduziert oder gänzlich beseitigt wurde.

Alkoholseifen in fester Form mit 40 und 30% werden von der Kaiser Friedrich-Apotheke in Berlin hergestellt. Die Alkoholseifenbehandlung eignet sich nur für trockene bakterische Hautleiden. Die 40%ige dient zur Behandlung und die 30%ige zur Abhärtung der Haut.

Almatein, eine Verbindung von Hämatoxylin mit Formaldehyd, die als Jodoformersatz gebraucht wird, stellt ein geruchloses, in Alkohol und Glyzerin lösliches Pulver dar.

Cholelithimin M a r p m a n n ist eine schwach weingeistige Lösung frischer Galle von Tieren, die mit frischem Gallensaft gefüttert waren. Es enthält hauptsächlich gallensaure Salze und Eiweißkörper.

Currila der Chemischen Werke Dr. H. B y k in Berlin ist ein sehr hochwertiges, genau dosierbares, haltbares und reines Kurarepräparat, welches in Form subkutaner Injektionen bei Tetanus Anwendung finden soll und nach B e r g e l l und L e v y auch imstande ist, Tetanusanfälle zu mindern, bezw. völlig aufzuheben. Das Präparat gelangt als Kurarillösung in den Handel. Man beginnt mit 2·4 cm^3 der Lösung, von welchen 1 cm^3 50 Mäuse tötet. Soll die Wirkung auf die Krämpfe nach einer halben Stunde nicht eintreten, steigt man alle 2—3 Stunden um $^2/_{10}$ cm^3 bis zur Wirkung. Ist die wirksame Dosis erreicht, so wiederholt man die Injektion nach Bedarf, im Anfang etwa vierstündlich.

Digalen. Es gelang C l o e t t a-Zürich, aus den Digitalisblättern einen weißen, amorphen Körper darzustellen, der identisch ist mit dem kristallisierten Digitoxin, vor diesem aber die größere Diffusionsfähigkeit und die Reizlosigkeit bei subkutaner Injektion voraus hat. Das Mittel kommt in wässeriger Lösung, mit 25% Glyzerin versetzt, in kleinen Fläschchen unter dem Namen „D i g a l e n" in den Handel. Jeder Kubikzentimeter der Lösung entspricht genau 0·3 mg des amorphen Digitoxins. Um eine möglichst genaue Dosierung zu erreichen, ist jedem Fläschchen eine eingeteilte Pipette beigegeben. Bei der subkutanen Anwendung empfiehlt es sich, auf die Injektionsstelle nach leichter Massage einen feuchten Verband mit essigsaurer Tonerde oder Bleiwasser zu legen. N a u n y n hat von dem Mittel Erfolge gesehen, namentlich auch in Fällen, wo die Digitalis vollständig versagte. Nach Gaben von 0·3 mg 1—3-mal täglich ist nach 24 Stunden die Wirkung da, die Diurese steigt. Diese rascher einsetzende Wirkung ist nach N a u n y n namentlich bei plötzlich eintretender Herzschwäche im Verlauf von akuten Infektionskrankheiten von größter Bedeutung.

Digitalon nennt die Firma P a r k e, D a v i s & C o.-Detroit eine alkoholfreie, aseptische, nicht reizende und haltbare Lösung aller Digitalisstoffe von gleichmäßiger. physiologischer Wirkung. Dosis: 0·5—1 cm^3 subkutan.

Extractum Crataegi fluidum wird aus den Früchten von Crataegus oxyacantha gewonnen und als leichtes Herztonnikum angewendet.

Guavarsin soll eine unschädliche Guajakol-Arsenverbindung sein. In 10 g von dem damit bereiteten G u a y a r s i n-s i r u p sind 0·005 g Arsen, 0·2 g Guajakol, außerdem chlorhydrophosphorsaures Kalzium und Zimmtsäure enthalten. Fabrikant: Dr. A. K o p p in Straßburg i. E.

Lévurargyre ist ein aus Bierhefe gewonnenes Nukleinquecksilber, das zur Behandlung der Syphilis dienen soll.

Piscarol von Lüdy & Co.-Burgdorf ist ein Ersatzmittel für Ichthyol.

Prävalidin, von Dr. Walter Koch in Freiburg bei Lungenschwindsucht warm empfohlen, enthält Kampfer, Bals. peruv. und Ol. Eucalypti in einer Salbengrundlage, die eine außerordentlich schnelle Resorption ermöglicht, so daß bald die kräftigende Kampferwirkung zutage tritt. Auch bei Emphysem, Bronchitis und Anämie ist Prävalidin mit Erfolg angewendet worden.

Puscol. Eine Salbe, welche Wismut und Birkenteer enthält.

Tuscon-Salben-Pflaster besteht aus 6 Teilen Kamillen, 2 Teilen Thymian, 1 Teile Belladonna, 1 Teile Eukalyptusextrakt und 9 Teilen einer hauptsächlich aus Wollfett bestehenden Salbengrundlage. Das Pflaster findet bei Keuchhusten Anwendung.

Vaporin-m. Staedler-Bern, von Krewel & Co. hergestellt, ist ein Keuchhustenmittel aus Naphthalin 180, Kampfer 20, Ol. Eucalypt. glob. 3, Ol. Pini pic. 3. Wird mit Wasserdämpfen eingeatmet.

Wismol Wollermann ist Magneso-Bismutum oxygeniens mit 25% Wismutoxyd, soll Sauerstoff abspalten. Austrocknendes Antiseptikum für Wunden. Jodoformersatz.

Yanatas, ein Mittel gegen die Seekrankheit, soll eine 1%ige Chloralhydratlösung sein.

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Ueber Serumbehandlung bei Puerperalfieber. Von Dr. Peham. (Aus der Chrobak'schen Klinik in Wien).

Die ersten Versuche der Serumbehandlung puerperaler fieberhafter Prozesse machte Marmorek. Das von ihm empfohlene und geprüfte (monovalente) Serum bewährte sich jedoch nicht recht. Weiterhin hat man sich dann bemüht, ein polyvalentes Serum durch Benützung möglichst zahlreicher Streptokokkenarten herzustellen, Bemühungen, die ebenfalls nicht zum gewünschten Ziele führten.

Die Mißerfolge dieser beiden Arten von Serum brachten u. a. Taud und Aronson auf den Gedanken, durch Immunisierung von Tieren mit hochvirulenten, von schwersten Erkrankungen bei Menschen gewonnenen Streptokokkenarten ein brauchbares Produkt zu erstreben. Ein von Prof. Paltauf hergestelltes Serum (Streptokokken von Sepsis, Peritonitis, Puerperalprozessen und Erysipel) wurde an der Chrobak'schen Klinik in Wien seit über Jahresfrist erprobt und mit befriedigendem Erfolge angewandt. Vf. äußert sich über die mit diesem Paltauf'schen Serum gemachten Erfahrungen folgendermaßen: Durch Streptokokkeninfektion veranlaßte Puerperalerkrankungen selbst schwerster Art scheinen durch die Verabreichung von Paltauf'schem Serum beeinflußt zu werden. Die gemachten Erfahrungen sprechen dafür, daß die Wirkung abhängt von der möglichst frühen Verabreichung möglichst großer Dosen. Bei langdauernden Erkrankungen oder bei schon bestehenden Organläsionen ist das Serum wirkungslos; es scheint auch die Weiterentwicklung lokalisierter Herde nicht immer verhindern zu können (metastatische Abszesse). Ein schädlicher Einfluß des Serums, selbst in den Fällen, die nicht durch Streptokokken verursacht waren, konnte nicht beobachtet werden.

Das Paltauf'sche Serum sei der Beachtung der Kollegen empfohlen. Jede Mitteilung über Erfahrungen, die damit gemacht werden, ist begrüßenswert in Anbetracht der schlechten Prognose der Fälle, in denen seine Anwendung indiziert ist. — (Arch. s. Gyn., Bd. 74, H. 1.)

Ovarin Marpmann wird aus den Eierstöcken von Tieren, die mit Berberin behandelt worden sind, gewonnen. Es ist eine schwach weingeistige Flüssigkeit, die außer den Eierstockkörpern geringe Mengen Berberin enthält. Der Trockengehalt beträgt ungefähr 1·7%. Dosis: 5—20 Tropfen in Milch oder Tee mehrmals täglich; bei starker Monatsblutung 1—2-stündlich 10 Tropfen.

Ovarigen.

Das Ovarigen (von Apotheker Rüdel, Kiel) ist ein aus den Eierstöcken der Kuh hergestelltes Organpräparat, welches von Heermann mit Erfolg bei den klimakterischen schmerzhaften Sensationen in den oberen Luftwegen (Rachenbeschwerden) angewendet wurde. Man verordnet das Mittel folgendermaßen:

Rp. Tabul. Ovarigen. (Rüdel) 0·5
Nr. 30.
D. S. Täglich 1 Tablette zu nehmen.

Hatte die erste Anwendung des Mittels Erfolg, so gibt man die gleiche Verordnung im Anschluß an den erstmaligen Gebrauch, setzt dann aus und kann das Mittel nach einigen Monaten wieder in Anwendung bringen. — (Samml. a. d. Geb. d. Nasen- etc. Krankh., Bd. 8, H. 1, Halle 1904.)

Scherings hochwertiges Diphtherieheilserum 500-fach.

Die chemische Fabrik vorm. E. Schering hat die Verkaufspreise für das Diphtherieheilserum, speziell für das hochwertige, erheblich ermäßigt. Der Preis für 1000 Imm.-Einheiten beträgt jetzt nur zirka die Hälfte der bisherigen Notierung; für die größeren Dosen ist der Unterschied noch bedeutender.

2. Nahrungs- und Genußmittel.

Ueber einige neuere Malzpräparate.

1. Das Liebe'sche Malzextraktpulver (Extractum malti purum siccum) besteht aus reinem konzentrierten Malzextrakt, welches unter Luftleere zur Trockne eingedampft worden ist. Es enthält 88·6% lösliche Kohlehydrate (vorwiegend Maltose), 7% Eiweißstoffe, 1·65 Prozent Mineralstoffe mit 0·7% Phosphorsäure, 2·71% Wasser.

Es findet Anwendung bei Schwäche des Körperbaues, zehrenden Krankheiten, Husten, Heiserkeit, chronischen Katarrhen, Halsschmerz, asthmatischen Beschwerden; als leicht verdauliches Kräftigungsmittel für Schwächliche, Genesende, Blutarme; ferner bei skrofulösen und rhachitischen Kindern.

Anwendungsweise: Kaffeelöffelweise nach Belieben, auch in kohlensaurem Wasser, Tee, Kakao, leichtem Bier und warmer Milch.

Aus derselben Fabrik werden ferner Malzextraktpulver mit medizinischen Stoffen geliefert: Chinin ferro-citric., Ferrum pyrophosph. c. am. citr., Calcium hypophosphoros., Pepsin u. s. w.

2. Dr. Chr. Brunngräbers trockene Malzextrakte in Kristallform mit aktiver Diastase. Das Präparat enthält 93% Kohlehydrate, 5% Eiweißstoffe, 1·6% Nährsalze.

Nach den Erfahrungen von A. Wolff (Deutsche Aerzte-Ztg.) ist in dem Präparat die Diastase in voller ungeschwächter Wirksamkeit enthalten. In Krankheitsfällen, wo dem Körper die Diastase fehlt (Typhus, Skrofulose, Rhachitis etc.), soll das Malzextrakt mit Diastase helfend und fördernd bewirken, daß stärkemehlhaltige Nahrung von Fiebernden, geschwächten Kranken und Kindern leichter und besser verwertet wird.

Anwendungsweise: Aus präpariertem Gerstenmehl, Hafergrütze, Zwieback, Arrowroot wird in folgender Weise eine brauchbare Kinder- oder Krankennahrung bereitet: 25 g z. B. Hafergrütze werden mit 1/2 l Wasser zu einem Schleim gekocht. Nachdem derselbe vom Feuer entfernt und auf ungefähr 60° C. abgekühlt ist (die Diastase ist ein Ferment, welches bei höheren Temperaturen seine Wirksamkeit einbüßt), beginnt eine Veränderung des Schleims und nach 10 Minuten entsteht eine vollständig dünne, fast klare Flüssigkeit. Läßt man diese so weit erkalten, daß sie von einem Kinde oder von einem Kranken getrunken werden kann, so ist die Stärke vollständig in lösliche Stärke und Traubenzucker übergeführt. Für Erwachsene wird ein Eßlöffel, für Kinder ein Teelöffel voll 2—3mal täglich entweder rein für sich oder aufgelöst genommen. Nach den Erfahrungen von Stadelmann entspricht ein gehäufter Eßlöffel voll dem Nährwert eines Eies = 60 Kalorien; mit 3—4 Eßlöffeln werden dem Kranken 180—250 Kalorien beigebracht und dadurch die Ernährung wesentlich unterstützt.

In derselben Fabrik (in Rostock) wird auch ein Malzpräparat in dickflüssiger Form erzeugt. Das kristallförmige Malzextrakt wird auch in Verbindung mit Hopfen (zur Verdeckung des manchmal unangenehm empfundenen rein süßen Geschmackes), ferner mit Eisen, mit Hämol, mit Eisen und Chinin, mit Kalk, mit Pepsin etc. in den Handel gebracht.

3. Die niederrheinische Malzextraktbrauerei von C. Schröder in Lackhausen erzeugt ein Malzextrakt und ein Malzextraktbier, welches nach den Erfahrungen von Rode (ärztl. Direktor des Seehospizes in Norderney) ein vorzügliches Getränk für Kinder ist und sich namentlich bei geschwächten Kindern, besonders solchen, die an Blutarmut, Skrofulose und Rhachitis litten, sowie Kindern in der Rekonvaleszenz nach akuten Krankheiten und Operationen vielfach als Stärkungsmittel bestens bewährte. Das Malzextraktbier enthält nur 1·87% Alkohol, der Gehalt an Phosphorsäure beträgt nach Analyse 0·279%.

4. Ein weiteres Malzpräparat ist das Maltogen, ein Malzextrakt aus Hannagerste, das wie Malzextrakt verwendet wird.

5. Das Rimalin ist ein zirka 40% Rizinusöl enthaltendes trockenes Malzextrakt von angenehmem malzartigen Geschmack, welcher angeblich nicht an Rizinusöl erinnert. Mit Wasser und anderen Flüssigkeiten leicht emulgierend. Es wird in der Dosis von 1—2 Eßlöffel an Stelle des Rizinusöls verwendet.

6. Kepler-Solution ist ein Malzextrakt mit Lebertran von Bourroughs, Wellcome & Co. Wird auch mit Hypophosphiten geliefert.

7. Mumme ist ein sterilisiertes, flüssiges Malzextrakt. Braunschweiger Spezialität; von J. Reichelt als diätetisches Präparat bei akuten und chronischen Magendarmstörungen der Säuglinge empfohlen. Ein Eßlöffel pro die, gelöst in Wasser. Sonstige Dosierung die des Malzextrakts. Albu empfiehlt in seinen Aerztekursen die Mumme, besonders die Schiffsmumme, als vorzügliches Kräftigungsmittel, speziell für Chlorotische.

8. Nettelbecks patentierte Doppelschiffsmumme enthält 49% Maltose, 9% Dextrin, $3^1/_2$% N-Substanz. (1 kg = Mk. 1·50.)

Glucin. Natriumsalz einer Amidotriazinsulfosäure. Ungiftiger Süßstoff, nicht so süß wie Saccharin, etwa 100mal süßer als Zucker. Geschmack an Süßholz erinnernd.

9. Bynin. Flüssiges Malzextrakt.

10. Bynol. Lebertranemulsion mit Malzextrakt.

11. Bynophosphite. Zusammensetzung: Malzextrakt mit Hypophosphiten von Eisen, Mangan, Kalzium und Kalium, sowie geringen Mengen von China- und Strychnosalkaloiden.

Anwendung: Als Kräftigungsmittel bei Blutarmut und mangelhaften Ernährungszuständen.

12. Hämomaltin ist eine Oxyhämoglobinmaltose, welche die wirksamen Bestandteile des Hämatogens und des Malzes enthalten soll.

13. Tritole. Zusammensetzung: Verreibungen von Malzextrakt mit Oelen und anderen Flüssigkeiten, welchen durch Emulgierung mit Malzextrakt der schlechte Geschmack genommen wird. (Rizinus-Lebertran-Filixtritol).

14. Maltochin. Chinamaltonwein.

15. Maltoferrochin. Eisenchinamaltonwein.

16. Marrol. Ein aus Malzextrakt, Ochsenmark und Hopfenextrakt bestehendes Roborans.

17. Mami ist ein Malzmilchpräparat, das in der Kinderpraxis Anwendung findet.

18. Ovo-Maltine von Dr. A. Wander-Bern ist ein Trockenpräparat, das aus reinem Malzextrakt, frischen Eiern, Milch und Kakao bereitet wird. Die Kakaostärke ist in Maltose übergeführt. Es wird als lezithinhaltiges Stärkungsmittel empfohlen.

Darstellung von Nährkefir.

Zur Darstellung von Nährkefir empfiehlt R. Kobert folgendes Verfahren: Je 50 g käufliche trockene Kefirkörner übergießt man mit je 1 l Wasser von 30—35° C. Nach 30 Minuten gießt man das Wasser ab und die gleiche



Menge 20° warmen Wassers zu. In diesem bleiben die Körner bei Stubentemperatur 24 Stunden. Man trennt sie dann durch ein Tuch oder ein feines Sieb vom Wasser und bringt sie in $^1/_2$ l eben gemolkene, noch warme oder wieder angewärmte, möglichst frische Kuhmilch, in der sie 24 Stunden bei Stubenwärme unter öfterem Umschütteln bleiben. Alsdann wird die Milch abgegossen und durch Aufgießen von kaltem Wasser alles abgespült, was von Milchgerinnseln etwa an den Pilzen sitzt. Man gießt dann wieder $^1/_2$ l Milch auf, schüttelt mehrmals um im Laufe des Tages und gießt auch diese Milch nach 24 Stunden weg. Dieser Prozeß des Einweichens mit Milch wird zunächst 3—4—7 Tage wiederholt. Wenn die Pilze anfangen, obergärig zu werden, d. h. in die Höhe steigen, ist der Endpunkt des vorbereitenden Einweichens erreicht. Aber auch in diesem Stadium sind die Pilze noch nicht kräftig genug, um verwertet zu werden, sondern erfordern erst noch etwa fünftägige weitere Kraftanreicherung durch tägliches neues Begießen mit Milch.

Dieser ganze mühsame und kostspielige Vorbereitungsakt fällt natürlich für immer weg, wenn man einmal in der Darstellung mitten drin ist oder wenn man bereits funktionsfähige Pilze aus einer Kefiranstalt käuflich bekommen kann. Auch bei Verwendung frischer Kefirpastillen ist er überflüssig.

Von dem entweder selbst bereiteten oder fertig bezogenen Brei der stark CO_2 bildenden aufgeweichten Pilze übergießt man etwa 250 cm³ mit 2—3 l frischer Milch und läßt unter häufigem Umschütteln 12—24 Stunden bei Zimmertemperatur stehen. Dabei wird das Ganze rahmähnlich und nimmt einen angenehmen säuerlichen Geruch an. Jetzt gießt man durch ein Tuch und füllt die Kolatur, der jetzt die etwa gewünschten Nährzusätze zu machen sind, in Flaschen mit Patentverschluß, während man den Rückstand auf dem Tuch sofort in neue Milch bringt, um auch diese wie die erste anzukefieren. Den Inhalt der Patentflaschen, in welchem sich natürlich auch eine Anzahl der Mikroben der Kefirkörner befindet, schüttelt man manchmal und läßt die Flaschen im übrigen im warmen Zimmer stehen. Man sieht an der feinflockigen Konsistenz, ob der Kefir fertig ist. Nach 24 Stunden soll er es sein.

Für solche Patienten, welche hauptsächlich auf Kefir angewiesen waren, empfiehlt Kobert den Zusatz gewisser Arznei- und Nährstoffe zur Milch vor der Vergärung. — (Med. Woche Nr. 27, 1904.)

3. Anderweitige Heilbehelfe.

(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

„Hala", ein dem Apotheker Manasse zu Magdeburg W. geschützter Tascheninhalationsapparat, besteht aus einer Glasröhre von etwa 8 cm Länge und 1 cm Durchmesser. Dieselbe enthält imprägnierte Holzstäbchen, welche die Inhalierflüssigkeit lange festhalten. Das kugelförmige Ende dient zur Inhalation durch die Nase, das gerade Ende in gleicher Weise für den Mund. Die Vorzüge des bequem in der Tasche zu tragenden kleinen Apparats, der sich speziell als „Schnupfenmittel" bewährt hat, sind in seiner sauberen und bequemen Anwendung zu sehen, ferner in seiner Haltbarkeit, sowie in der Annehmlichkeit, einen stets gebrauchsfertigen Inhalationsapparat in der Tasche bei sich tragen zu können. Ein Vorteil ist noch der billige Preis (30 h).

Desodorierungslampe.

Die chemische Industrie-Aktiengesellschaft St. Margareten (St. Gallen) bringt eine Desodorierungslampe „St. Margareten" in den Handel. Die Lampe besteht 1. aus einem Behälter mit Wasserglas, welches mit Wasser gefüllt wird, 2. dem Tablettengefäß, in welches 2 bis 3 Formaldehydtabletten gelegt werden, 3. der Lampe, welche mit Spiritus gefüllt wird. Nach erfolgtem Anzünden der Lampe verdampfen Formaldehydtabletten und Wasser gleichzeitig und wirken desinfizierend und desodorierend. Die Lampe, welche mit Spiritus gefüllt wird, brennt bis das Wasser im Wasserbehälter verdampft ist. Nachdem Wasser- und Tablet-

tenschale gefüllt sind, schließt man sorgfältig alle Oeffnungen in Fenstern und Türen (Schlüsselloch), zündet die Lampe an und verläßt den Raum. Die Einwirkung der Formaldehydgase soll 6—8 Stunden dauern. Nach beendigter Desinfektion wird Tür und Fenster geöffnet, dann die Spirituslampe und das Wassergefäß neu gefüllt und in die Tablettenschale die gleiche Menge Ammoniaktabletten wie vorher Formaldehydtabletten gelegt und in gleicher Weise vergast. Die Ammoniakdämpfe verbinden sich mit dem Formaldehyd zu geruchlosem Hexamethylentetramin. Der Raum kann nach kurzer Lüftung wieder benützt werden.

Therapeutische Versuche mit Radium und sensibilisierenden Substanzen. Von Dr. Rudolf Polland (Universitätsklinik in Graz).

Nach dem Ergebnisse der Versuche des Vf. wirkt das Radium in analoger Weise wie die X-Strahlen oder konzentriertes Sonnen- oder elektrisches Licht zerstörend auf die Gewebe. Eine elektive Wirkung in dem Sinne, daß neoplasmatisches Gewebe früher oder gar allein mit Schonung der gesunden Umgebung zerstört würde, läßt sich nicht feststellen. Eine Zerstörung tieferliegender Gebilde bei Erhaltung der oberflächlichen Schichten tritt nicht ein. Der Gewebszerfall dauert noch lange nach dem Aussetzen der Bestrahlung fort. Kavernöse Hämangiome kommen dadurch zur Vernarbung, daß sich die an der bestrahlten Stelle angeregte Blutgerinnung rasch auf die Umgebung fortpflanzt und die entstandenen Thromben sich organisieren. Die Zerstörung größerer, flächenhaft ausgedehnter Krankheitsherde erweist sich wegen der langen Behandlungsdauer als praktisch undurchführbar, wenn man nicht sehr viel Radium zur Verfügung hat. Die Wirkung des Radiums scheint inkonstant zu sein und zeitweisen Schwankungen zu unterliegen, so daß eine sichere Dosierung vorläufig nicht möglich ist. —

Durch intrakutane Injektion von 1‰ Eosinlösung wird die Absorptionsfähigkeit der Haut für direktes Sonnenlicht gesteigert. Oberflächliche Ulzerationen epithelisieren unter dieser Behandlung sehr rasch. Eine sichere und dauernde Zerstörung alles lupösen Gewebes ist selbst bei langdauernder Behandlung nicht zu gewährleisten. Irgendwelche toxische, auf das Eosin zurückzuführende Lokal- oder Allgemeinerscheinungen treten nicht auf. Durch vorausgeschickte Eosineinspritzungen wird die Wirkung des Radiums nicht gesteigert. Diese Tatsache läßt sich vielleicht so erklären, daß die Radiumstrahlung den übrigen bekannten Strahlenarten nicht analog ist. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1904.)

4. Rezeptformeln.

Asthmamittel.

1. Asthmapulver:

Rp. Kal. nitric. pulv. }
Fruct. anisi pulv. } āā 15·0
Fol. stramonii pulv. 30·0

M. D. f. Eine Kleinigkeit der Mischung wird auf einer feuersicheren Unterlage räucherkerzenartig aufgeschichtet und entzündet.

Rp. Kal. nitr. pulv. 15·0
Fol. stramonii pulv. 30·0
Fruct. anisi pulv. 7·0
Herb. Cobel. infl. pulv. 3·5
Fol. theae chinens. nigr. pulv. 3·5
Ol. Eucalypti gtts. XV.

Rp. Kal. nitr. pulv. 10·0
Fol. theae nigr. pulv. 20·0

2. Asthmatropfen:

Rp. Tinct. bellad. }
Spir. camphor. } āā 7·5
Tinct. chinae 30·0
Nitroglycerin. 0·04

M. D. S. Dreimal täglich 10 Tropfen in Wasser.

Rp. Tinct. stramonii 15·0
Liq. ammon. anisi 5·0
Tinct. Opii simpl. 15·0

M.D.f. Dreimal täglich 20—30 Tropfen.

Rp. Sol. Fowleri 10·0
Nitroglycerin. 0·09
Aq. menth. pip. ad 60·0

M. D. S. Dreimal täglich 15 Tropfen nach dem Essen.

Rp. Aq. amygd. amar. 10·0
Sol. Fowleri 5·0
Extr. bellad. 0·3
M. D. S. Dreimal täglich 5—10 Tropfen.

3. Asthmamixturen:

Rp. Infus. fol. Digit. 2·0 } 120·0
Infus. rad. Ipecac. 1·0 }
Syr. althaeae 25·0
Liq. ammon. anisi 2·5
Kal. jodat. 2·0
M. D. S. Zweistündlieh 1 Eßlöffel voll.

Rp. Nitroglycerin. 0·01
Spir. aether. 25·0
Syr. althaeae 25·0
Aq. menth. pip. ad 150·0
M. D. S. Dreimal täglich 1 kleinen Eßlöffel voll.

Rp. Natr. nitros. 7·5
Aq. menth. pip. 180·0
Syr. simpl. ad 200·0
M. D. S. Beim Nahen eines Anfalles 1—2 Teelöffel voll. — (Pharm. Ztg. Nr. 25, 1904.)

Hämoptoe.

Bei leichteren Fällen von Hämoptoe auf tuberkulöser Basis wird empfohlen:

Rp. Hydrastinin. hydrochloric. 0·025
Chinin. hydrobromic. 0·05
Extr. Belladonnae 0·01
f. pilul. D. t. d. Nr. L. S. Zweimal 1 Pille vor dem Essen. — (Journ. des Prat. Nr. 43, 1904.)

Gegen Koryza.

Rp. Vaselin. } ää 10·0
Lanolin. }
Resorcin. 2·0
Cocain. hydrochloric. 0·2
Menthol. 0·5
M. D. S. Mehrmals täglich in kleinen Quantitäten in die Nasenlöcher einzuführen. — (Journ. des Prat. Nr. 47, 1904.)

Skrofulose.

Gegen Skrofulose empfiehlt Gastou bei älteren Kindern:

Rp. Kal. jodat. 0·5
Extr. Chinae 2·5
Syr. Cort. Aurant. ad 200·0
M. D. S. Vor der Mahlzeit einen Eßlöffel voll.

Bei ausgedehnten torpiden phagedänischen Ulzerationon:

Rp. Talc. }
Lycopod. } ää 10·0
Mag. Carbon. }
Pulv. chin. 5·0
M. D. S. Aeußerlich. — (Journ. des Prat. Nr. 45, 1904.)

Akute Zungenentzündung.

Gegen akute Zungenentzündung wird empfohlen:

Rp. Chloralhydrat. 3·0
Natr. biboracic. 15·0
Glycerin. 20·0
Aq. dest. ad 300·0
M. D. S. Gurgelwasser.

Pruritus.

Gegen Pruritus senilis ani bewährte sich:

Rp. Euguformii 5·0—10·0
Fetron. puriss. Liebr. 95·0—90·0
M. f. ung. — (Ther. Monatsh. 1904, Jacobson.)

Wundpulver.

Als Wundpulver wird empfohlen:

Rp. Sozojodol-Kalii pulv. sbt. 2·0
Talc. venet. ad 20·0

An Stelle des Talcum kann auch Milchzucker verwendet werden.

Rp. Sozojodol-Kalii 2·0
Vaselini 2·0
Lanolini ad 20·0

Frostschäden.

Mittel gegen Frostschäden:

Rp. Ichthyoli 5·0—10·0
Vaselini 20·0
M. S. Abends energisch einzureiben und die Salbe die ganze Nacht wirken lassen.

Rp. Ichthyoli 5·0
Chloroform. 2·0
Ungt. Paraff. 3·0
M. D. S. Frostsalbe. Bei wunder Haut ohne Chloroform und mit Zinksalbe statt Ungt. Paraff.

Rp. Ichthyoli }
Ol. Tereb. } ää 10·0

M. D. S. Die erkrankten Teile mit warmen Seifenwasser abwaschen, mit dem Liniment bestreichen und dann mit Watte umwickeln.

Rp. Ichthyoli }
Ol. Camphor. } ää 5·0
Lanolini 20·0

M. D. S. Bei wunder Haut, morgens und abends einzureiben und mit Watte umwickeln. — (Pharm. Ztg. Nr. 5, 1904.)

5. Behandlungsmethoden.

Zur Diabetesbehandlung.

In folgenden Mengen der zum Ersatze des Brotes empfohlenen Gebäcke sind 10 g Kohlehydrate enthalten:

20 g Steinmetz-Kraftbrot,
20 g Seidls Kleberbrot,
20 g Günthers (Frankfurt a. M.) Aleuronatzwieback,
22 g Seidls Kleberzwieback,
22 g Graham-Schrotbrot,
25 g Patent Konglutinbrot (Fromm & Kie., Kötschenbroda),
33 g Günthers Aleuronatbrot,
33 g Rademanns Diabetikerbrot,
42 g Rademanns Diabetikerstangen,
42 g Konglutinzwieback (Fromm & Kie.),
140 g Aleuronatmehl.

Lassar'sche Haarkur.

Die Lassar'sche Haarkur zerfällt in folgende Akte:

1. Zehn Minuten langes Einseifen des Haarbodens mit einer starken Teerseife.

2. Abspülen der Seife erst mit lauem, dann mit kühlerem Wasser mittels Irrigator oder Gießkanne und Abtrocknen.

3. Frottieren des Kopfes mit folgender Lösung:

Rp. Sol. Hydrarg. bichlorat. 0·5 : 150·0
Glycerin. }
Spir. Colon. } ää 50·0

M. D. S. Aeußerlich.

4. Trockenreiben des Kopfes mit absolutem Alkohol, dem 1/2% Naphthol zugesetzt ist.

5. Reichliche Einreibung mit der Lösung:

Rp. Acid. salicyl. 2·0
Tinct. benz. 3·0
Ol. ped. taur. ad. 100·0

Die Kur muß 6—8 Wochen lang ausgeführt werden.

Subkutane Kochsalzinfusionen.

Greidenberg hat bei der Behandlung zentraler Nervenleiden von subkutanen Kochsalzinfusionen Gebrauch gemacht und empfiehlt die Methode aufs wärmste, da er davon vorzügliche Resultate sah. Die Wirkung war im wesentlichen eine sedative, Schlaf und Appetit bessernde. Auch bei einfacher Asepsis involviert das Verfahren keine Gefahr. Speziell indiziert ist es in allen Fällen von Psychosen, mögen sie infektiöser, toxischer oder autotoxischer Natur sein, ferner bei psychischen Erregungszuständen, Schlaflosigkeit, Appetitmangel. Die Technik ist so einfach, daß sich eine Beschreibung erübrigt. Greidenberg benützte zu seinen Injektionen 7%ige Kochsalzlösung, injizierte zuerst 250 cm^3 und stieg allmählich auf 1500 cm^3, die auf einmal verbraucht wurden.

Bei Herzaffektionen, chronischen Lungenleiden, intrakranieller Hyperämie und Fällen, die eine Steigerung des Blutdruckes kontraindiziert erscheinen lassen, ist Vorsicht geboten. — (Russki Wratsch. Dez. 1903.)

Blutklysmen.

Ueber die vorzügliche Wirkung von Blutklystieren bei Chlorose berichtete Mariani auf dem 14. internationalen medizinischen Kongreß in Madrid. In einer neuerlichen Publikation teilt er seine im Anschluß an 7 Fälle gemachten Erfahrungen mit, welche ergeben haben, daß Blutklystiere prompt und allem Anschein nach vollständig resorbiert werden. Das Befinden der Patienten besserte sich schnell unter dieser Behandlungsmethode, die in allen Fällen von Chloranämie indiziert ist, bei sekundärer kachektischer Anämie aber weniger befriedigende Resultate gibt. — (La Escuela de Med. Mexiko. März 1904.)



Kollargol-Klysmen bei Puerperalfieber.

Die von Schlesinger-Wien und Loebl-Wien eingeführten Kollargol-Klysmen haben sich in der Praxis bei Puerperalfieber (auch prophylaktisch bei schwierigen Entbindungen) und anderen septischen Prozessen vorzüglich bewährt. Kollargol-Klysmen sind leichter ausführbar als die intravenöse Injektion, ebenso wirksam, ungefährlich und gestatten höhere Dosierung. Morgens und abends je ein lauer Wassereinlauf, $^1/_2$ bis 1 l. Zirka $^1/_2$ Stunde nach Entleerung des Darmes folgt das Kollargol-Klysma mittels Hegar'schen Trichters oder Glyzerinspritze.

Rp. Kollargol 1·0 (4 Tabletten zu 0·25 g oder 20 Tabletten zu 0·05 g)
Aq. dest. 100·0

S. Morgens und abends die Hälfte als Klysma.

Diese Menge von 50 cm³ wird fast ausnahmslos ohne Beschwerden zurückgehalten. Die Klysmen werden mindestens 8, höchstens 14 Tage gegeben.

Ueber Injektionen von atmosphärischer Luft bei Neuralgien.

Cordier hat als erster sich zur Bekämpfung der neuralgischen Schmerzen der hypodermatischen Injektionen atmosphärischer Luft bedient. Seine günstigen Erfahrungen wurden auch von anderer Seite bestätigt. Mongour und Carles berichten über 13 einschlägige Fälle (Journ. de Méd. de Bordeaux, August 1904). Nach ihren Angaben läßt sich dieses einfache Verfahren bei allen Formen von Neuralgien mit Erfolg verwenden. Sie fanden es bewährt bei Ischias, Pleurodynie, Interkostalneuralgie. Man kann ohne Gefahr in die Gewebe $^1/_4$ oder $^1/_2$ l Luft injizieren, welche in 8—10 Stunden zur Resorption kommt. Unter aseptischen Kautelen wird eine sterilisierte Pravaz'sche Nadel an der Injektionsstelle eingeführt. Zur Injektion bedient man sich medikamentöser Dämpfe, der Kohlensäure oder der Luft. Um die Luft oder die Gase zu filtrieren, ist eine kleine Glastube mit einem sterilisierten Seidentampon zwischen die Nadel und das Gebläse eingeschaltet. Die Menge der nötigen Luft ist verschieden nach den einzelnen Fällen. Auch die Sensibilität der Kranken ist hiebei zu berücksichtigen. Der subkutane Lufteintritt ist nicht nur nicht schmerzhaft, sondern soll sogar analgetische Wirkung haben. Nach der Injektion massiert man die betreffende Gegend leicht und wiederholt dies während der folgenden Tage. — (Journ. des Prat. Nr. 38, 1904.)

Behandlung der Hyperazidität.

Ueber die Behandlung der Hyperazidität des Magens sprach Leo (Bonn) auf dem 21. Kongreß für innere Medizin in Leipzig (1904).

Vortragender hatte in zwei Fällen von Hyperazidität einen auffallend niedrigen Cl-Gehalt der Fäzes konstatiert und daraus den Schluß gezogen, daß bei Hyperchlorhydrie die Cl-Verbindungen abnorm stark resorbiert wurden. Durch 4—10% Darmeinläufe resp. Magenspülungen mit 1 l 5%iger Na Cl-Lösung erzielte er in manchen Fällen Herabsetzung des H Cl-Gehaltes des Magensaftes. Durch die Einläufe wurde außerdem der Magenschmerz günstig beeinflußt.

Bandwurmmittel.

Semen Cucurbitae pulv. 40°, Extr. cort. Granati spiss. 10°, m. f. Pasta, div. i. d. XX. Am Abend vorher läßt man reichlich essen und gibt am anderen Morgen nüchtern in Zwischenräumen von je $^1/_2$ Stunde je 5 Stück; $^1/_2$ Stunde nach der letzten Dosis ein leichtes Abführmittel und nachher Tee oder Bouillon. Als Geschmackskorrigens kann der Paste Pfefferminzöl zugefügt werden. — (Nouv. Remédes. — Pharm. Post Nr. 41, 1904.)

Birkenblättertee gegen Nephrolithiasis.

In der Behandlung der Nephrolithiasis hat Winternitz den Gebrauch von Birkenblättertee wegen seiner die Auflösung der Steine bewirkenden Eigenschaft empfohlen. Der Aufguß muß von Blättern bereitet werden, die im Anfang des Sommers gesammelt, dann getrocknet und pulverisiert werden. Man läßt zweimal täglich eine

große Tasse des Tees (mit je einem Kaffeelöffel des Pulvers bereitet) längere Zeit nehmen. Liégeois berichtet (im Journ. des Prat. Nr. 38, 1904) über die günstige Wirkung des Birkenblättertees, der sich ihm bei renaler Hydropsie bewährte.

6. Nebenwirkungen von Arzneimitteln.*)

Adrenalinanwendung ist nach den Erfahrungen von Erb und Nissl, sowie französischer Forscher insoferne nicht unbedenklich, als dadurch bei intravenöser Injektion hochgradige Veränderungen sämtlicher Körperarterien hervorgerufen wurden, die der Arteriosklerose ähnlich waren und die zum Studium der Arteriosklerose behilflich sein können. Erb injizierte täglich 3 Tropfen einer Adrenalinlösung 1·0:1000·0 in die Ohrvenen von Kaninchen. Nach 6 Wochen wurden die Tiere getötet und zeigten diffuse buckelförmige Verdickungen oder kleine Ausbuchtungen der Gefäße, die verkalkt waren, während die übrigen Organe gesund waren.

Bromoform.

Eine tödliche Bromoformvergiftung berichtet Roth; der Fall betraf einen fünfjährigen Knaben, der nach Einnahme von zirka 5 g Bromoform bewußtlos wurde und starb. Der Tod erfolgt ähnlich wie beim Chloroformtod durch Respirations- und zum Schluß Herzlähmung. — (Zeitschr. f. Med., Bd. 8, 1904.)

Arzneiexantheme.

Ueber Arzneiexanthem nach Theozingebrauch berichtete in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien (22. April 1904) Pauli: Nach 1·5 g im Laufe von zwei Tagen genommen, trat am zweiten Tag Uebelkeit, Schwindel und ein stark juckendes urtikariaartiges Exanthem besonders am Rumpf auf.

In der gleichen Sitzung berichtete Weidenfeld über Pyramidonexantheme, die er relativ häufig beobachtet habe. Antipyrin- und Pyramidonexantheme unterscheiden sich auch dadurch, daß die ersteren blau werden, während die letzteren rot bleiben.

Migränin.

Henneberg berichtet über einen Fall von Migränin-Intoxikation bei einem 20jährigen Mädchen, das gegen heftige Kopfschmerzen 1·0 auf leeren Magen eingenommen hatte. Es traten danach fortwährendes Erbrechen und Bewußtlosigkeit ein. Als H. die Patientin sah, waren ihre Lippen blau, die Gesichtsfarbe fahl, die Pupillen erweitert, der Puls kaum fühlbar. Nach einer Magenauswaschung kam Patientin wieder zu sich und war am anderen Tage gänzlich beschwerdefrei. H. teilt in seiner Arbeit weitere Fälle aus der Literatur mit. In Anbetracht der Tatsache, daß die individuelle Reaktion gegen dieses Mittel eine so verschiedene ist, gibt er den Rat, mit kleinen Dosen zu beginnen, das Mittel nie auf leeren Magen nehmen zu lassen und den freihändigen Verkauf zu verbieten. (Migränin besteht aus 85% Antipyrin, 9% Koffein, 6% Acid. citric.)

Auch bei der Anwendung kleiner Dosen von Pyramidon sah er gelegentlich heftiges Erbrechen und Schwindel auftreten. — (Ther. Monatsh. XVIII, 50, 1904.)

Salipyrin.

Vergiftungserscheinungen nach Salipyrin beobachtete Dumstrey in drei Fällen nach Einnahme der üblichen Dosis. Es traten Herzklopfen, Atemnot, Pupillenerweiterung und profuse Schweiße auf. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43, 1903.)

Arsen und Salipyrin.

Nach längerem Gebrauche von Arsen und Salipyrin beobachtete Schwa-

*) Da es in erster Linie der Praktiker ist, dem die neuen Präparate auf Treu und Glauben übergeben werden, so erscheint es sehr wünschenswert, wenn dem Vf. der „Therapeutischen Neuigkeiten" — Dr. Fritz Loeb in München — aus Praktikerkreisen kurze Mitteilungen über Erfahrungen mit Novitäten zugehen, die dann in Form von kritischen Praktikerberichten in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden sollen. Die Red.



bach unerwünschte Nebenwirkungen auf das Ohr, die in dem Auftreten von Geräuschen und in beträchtlicher Herabsetzung der Hörfähigkeit bestanden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11, 1904.)

7. Varia.

Künstliche Süßstoffe.

Saccharin, Sulfamin-benzoesäure-anhydrit, identisch mit Zuckerin. In Alkohol leicht, in Wasser schwer löslich, ist 550mal süßer als Zucker, eignet sich in Pulver- und Tablettenform als kohlehydratfreier Zuckerersatz für Diabetiker, Magenkranke, Fettsüchtige, sowie als Geschmackskorrigens in Arzneien.

Kristallose, 440mal süßer als Rohrzucker, ist das chemisch reine kristallisierte Natriumsalz des Zuckerin. Durchsichtige, farblose Kristalle, in kaltem Wasser leicht löslich, unlöslich in starkem Alkohol. Kristallose ist namentlich für Diabetiker als Ersatz für Zucker und Saccharintabletten zu verwenden. Frei von Kohlehydraten und frei von doppelkohlensaurem Natron, welches den Hauptbestandteil der Saccharintabletten bildet. Infolge dessen ist auch der Geschmack der mit Kristallose versüßten Getränke etc. reiner und angenehmer. Kristallose eignet sich nach v. Noorden besonders zur Verwendung bei Bereitung des Kompotts.

Antidiabetin. Zusammensetzung: Mischung von Saccharin mit Mannit. Das Präparat kommt in drei Stärken in den Handel und dient als Ersatz des Zuckers bei Diabetikern.

Süßstoff Höchst ist ein nach v. Noorden brauchbares Saccharinpräparat.

Dulzin, Phenetol-Carbamid. 200mal süßer als Zucker. In Wasser wenig, in Alkohol und verschiedenen fetten Oelen löslich, deshalb als Geschmackskorrigens für Lebertran und Rizinusöl verwendbar; auch als Süßstoff für Diabetiker. Geschmack soll besser sein als der des Saccharins. Große Dosen wirken toxisch. (Dulzin ist eine Phenetidin und hat die antipyretischen und anderen Eigenschaften des Phenazetins.) Nach Ewald und Mehring brauchbares Präparat.

Sugerol von Joachimsohn-Hamburg ist Saccharin.

Diabetin. Laevulose. Weißes, wasserlösliches Pulver oder krümelige Massen; dient als Zuckerersatz für Diabetiker.

Glusidium = Saccharin.

Glykophenol = Saccharin.

Glykosine = Saccharin.

Sycorin (Sykose). Saccharinpräparat.

Milchkorrigens.

Um die Milch leichter bekömmlich zu machen, empfiehlt M. Variot das Natr. citricum bei Säuglingen. Nach englischem Muster rät er, vor jeder Milchverabreichung einen Kaffee- oder Kinderlöffel (je nach dem Alter der Kinder) einer Lösung von 5·0 Natr. citric. in 300·0 Wasser zu geben. Die Medikation wird ohne Beschwerden vertragen, zersetzt sich aber leicht bei längerem Stehen. — (Journ. d. Prat. Nr. 43, 1904.)

Instillationen.

Derby empfiehlt, die Augeneinträufelungen mit angewärmten (30—40°) Lösungen zu machen, dadurch werde sowohl die Wirkung erhöht, als auch die Einträufelung selbst angenehmer empfunden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1904.)

Prophylaktikum.

Ein neues Prophylaktikum gegen Gonorrhöe und Syphilis kommt in praktischen Zinntuben mit Kanüle unter dem Namen „Ungrol" (H. Unger, Berlin) in den Handel. Es besteht aus Glyzeringelatine und Sublamin und wird von Aufrecht-Berlin warm empfohlen.

Kollargolflecke.

Zur Entfernung der schwarzbraunen Flecken, die das Kollargol auf der Wäsche hinterläßt und die beim Waschen nicht verschwinden, empfiehlt Robert, die befleckte Partie in

folgender Lösung zu baden: Brom 5 g, Wasser 500 g bis zum gänzlichen Verschwinden der schwarzen Flecken (2—3 Minuten). Ein oft zurückbleibender blasser, hellgrüner, vom Bromsilber herrührender Fleck verschwindet beim Eintauchen der befleckten Wäsche in Natr. thiosulf. 150 g, Wasser 500 g durch Auflösung des Bromsilbers. — (Rev. méd. de l'est Nr. 15, 1903.)

Bücher-Anzeigen.*)

Lehrbuch der venerischen Erkrankungen. Von Dozent Dr. Rudolf Matzenauer, interim. Leiter der k. k. Universitätsklinik für Syphilis und Dermatologie. Erster Teil. Wien 1904. Verlag von Moritz Perles, k. u. k. Hofbuchhandlung, I. Seilergasse 4.

Es ist in der letzten Zeit vielfach üblich geworden, die Lehrbücher — wir müssen schon sagen — zerrissen, d. h. in Teilen, auf den Markt zu bringen; es geht dabei, wie auch im vorliegenden Buche, um zwei annähernd gleiche Teile zu schaffen, nicht anders ab, als daß diese Zweiteilung des Materials keine naturgemäße, dem Stoffe angepaßte sein kann. Es ist im vorliegenden Bande die Syphilis nicht vollständig zu Ende geführt, es fehlen noch die Syphilis der Sinnesorgane und des Zentralnervensystems, der hereditären Lues und die ganze Therapie.

Bezüglich der Einteilung des Stoffes hält sich der Autor an die landläufigen Muster; nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblick, in dem unter anderem auch das Kapitel der Ueberimpfung der Syphilis auf Tiere figuriert, abschließend mit dem Experimente von Roux und Metschnikoff, gelangen zunächst der Primäraffekt, dann die Früh- und endlich die Spätformen der Syphilis zur Betrachtung, daran schließt sich erst die Besprechung der Syphilis der einzelnen Organe, wo Früh- und Spätformen nebeneinander Platz finden. Bezüglich des Primäraffekts sei erwähnt, daß der Autor die „initiale Papel" nicht gelten läßt, er reserviert diese Bezeichnung ausschließlich jenen papulösen Effloreszenzen, die vor der Allgemeineruption zuweilen bei Frauen an den kleinen Labien auftreten und die in seinem Sinne als Abortivsklerosen zu deuten wären. In der Frage nach dem Konstitutionellwerden der Syphilis kann sich Matzenauer auf eine ganze Reihe selbst vorgenommener Exzisionen von Primäraffekten, mit und ohne gleichzeitige Entfernung der Lymphdrüsen berufen. In der Abhandlung der Allgemeinerscheinungen ist die außerordentliche Präzision und Lebhaftigkeit bei Beschreibung der klinischen Erscheinungen hervorzuheben, wobei auch der Differentialdiagnose und dem Ausschluß ähnlicher Krankheitsbilder eingehendst und mit großer Anschaulichkeit Rechnung getragen wird. Die Rezidivexantheme, das Auftreten von Palmar- und Plantarsyphilid, von nässenden Papeln, das Leukoderm, die Alopecia syphilitica, geben Gelegenheit, auf eine an der Klinik Neumann immer gepflogene Uebung zurückzukommen, aus den vorhandenen Erscheinungen auf das Alter der Krankheit zu schließen, Fingerzeige, die für den praktischen Arzt hoch anzuschlagen sind.

Bezüglich der Genese der Gummen wird die Toxinwirkung mit Recht völlig verworfen und an der Einheitlichkeit der Entstehung aller Syphilisformen festgehalten.

In fast allen Kapiteln hat der Autor Gelegenheit, seine reiche Erfahrung in dem vorliegenden Gebiete merken zu lassen; sie gibt sich nicht nur in einzelnen, die vorgebrachten Tatsachen so recht illustrierenden, kurz gefaßten, der eigenen Beobachtung entstammenden, kasuistischen Beiträgen kund, sondern auch in der allenthalben sichtlich zutage tretenden Kenntnis des einschlägigen Stoffes und der Beherrschung der zuzüglichen Literatur. Das Buch ist flott geschrieben, frei von jeder Schwerfälligkeit und wird darum dem praktischen Arzte und dem Studierenden auch als einfache Lektüre willkommen sein. Die Ausstattung ist den modernen Ansprüchen angemessen. D.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Ueber Druckspülungen zur Behandlung von Krankheiten der Harnwege.

Von Dr. **Ferdinand Kornfeld** in Wien.

Die Spülungen der Harnröhre und Blase ohne Anwendung des Katheters sind zuerst in methodischer Weise von Janet zur Verwendung gebracht worden. Diese Methode der Blennorrhöebehandlung hat nach den von ihrem Urheber mitgeteilten günstigen Erfahrungen und gemäß dessen ursprünglichen Detailangaben bezüglich der Technik, sowohl in Frankreich, wie auch bei uns ziemlich allgemein Eingang gefunden. Die exakte Nachprüfung dieses 1893 zuerst bekanntgegebenen Verfahrens hat die Vorteile der Massenspülungen ohne Katheter durchwegs bestätigen können, wenn auch hie und da Stimmen laut wurden, welche der Methode Nachteile und Gefahren zur Last legten, die aber weit eher Fehlern in der technischen Ausführung oder ungenauer Befolgung von Janets Vorschriften zugeschrieben werden müssen. Nach dem langjährigen Studium und den reichen Erfahrungen über diese Methode erblickt Janet[1]) in derselben „eine sehr wirksame Waffe gegen die akuten und chronischen Affektionen der Harnröhre. Die Vorteile des Verfahrens sind folgende: Die Schleimhaut wird auf das gründlichste von allem Sekret befreit; es findet eine antiseptische Wirkung statt, und zwar eine Wirkung, die infolge der durch die Spülungen bedingten Dehnung der Urethra alle Teile der Schleimhaut betrifft. Bei dieser Methode findet sowohl eine Behandlung der Urethra ant., als auch der Urethra posterior und der Blase statt. Das Eindringen der Flüssigkeit in die Blase ist nie von Nachteil, bei der Mehrzahl der Fälle im Gegentheil von großem Vorteil“.

Die Technik des Janet'schen Verfahrens darf als so allgemein bekannt vorausgesetzt werden, daß eine Beschreibung desselben umso überflüssiger erscheint, als sie nahezu in allen einschlägigen Publikationen wiedergegeben wurde, zuletzt auch in der eben zitierten Arbeit von Janet. In dieser werden die Grundprinzipien des Verfahrens zusammengefaßt und die Teile des erforderlichen Instrumentariums genau beschrieben. Eine Abweichung von Janets ursprünglichem Verfahren, bei dem ein Katheter in Anwendung kam, der einige Zentimeter weit in die Harnröhre eingeschoben wurde, besteht in dem ausschließlichen Gebrauche der Glaskanüle als Ansatzstück. Diese Kanüle soll nach Janet 6 cm lang und 1·5 cm breit sein; am vorderen Ende endigt dieselbe mit einer konischen stumpfen Spitze, die so beschaffen ist, daß die Kanüle beim Ansetzen an das Orificium urethrae nur sehr wenig in die Harnröhre hineindringen kann. Die Kanülen werden durch Auskochen sterilisiert und in Sublimatlösung 1:1000 aufbewahrt. Namentlich von deutschen Autoren wurde, abweichend von dieser olivenförmigen Kanüle mit einfacher Bohrung, eine doppelläufige in Anwendung gebracht, wobei Zu- und Abfluß der Irrigationsflüssigkeit durch ein gesondertes Rohr stattfindet. Den Zufluß beherrscht man in der Weise, daß der Daumen der rechten Hand das Zuflußrohr gegen das Glasende der Kanüle abknickt und je nach Bedarf bis zum vollen Querschnitt öffnet; dadurch kann der Druck der Flüssigkeitssäule von

---

[1]) J. Janet, Die Behandlung der Gonorrhöe der männlichen Harnröhre mittels Spülungen ohne Katheter. Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u Sexualorgane, Bd. 15, H. 5, 1904. (Uebersetzt von Dr. Dreysel in Leipzig.)

der vollen Höhe bis auf Null reguliert werden. Durch das Abflußrohr, welches in einen Kübel geleitet wird, strömt die durch die eine Hälfte der Kanüle einfließende Lösung aus der Harnröhre wieder ab. Will man die Flüssigkeit durch die Urethra posterior in die Blase einfließen lassen, so verhindert man durch Abknicken des Abflußrohres den Rücklauf der Flüssigkeit. Der Gebrauch dieser gewiß zweckdienlichen Doppelkanülen, wie sie zuerst von Majocchi[2]), späterhin von L. Spitzer[3]), G. Nobl u. a. angegeben und modifiziert wurden, vereinfachen die Technik des Verfahrens; nach eigenen Erfahrungen sind wir jedoch davon überzeugt, daß die Handhabung der Glasolive mit einfacher Bohrung, wie sie Janet verwendet, so wenig Schwierigkeiten oder Nachteile gegenüber der doppelläufigen Kanüle besitzt, daß sich mit derselben alle erforderlichen Manipulationen in ganz gleicher Weise durch die Hand des Geübten ausführen lassen. Milder und schonender ist aber immerhin das Verfahren bei Gebrauch der von Spitzer angegebenen doppelläufigen Kanüle, weil durch diese die wechselnde Spannung bei der prallen Anfüllung der Urethra anterior einigermaßen, wenn auch nicht ganz, vermindert wird.

Was die Wirksamkeit der Janet'schen Methode anlangt, respektive den günstigen Erfolg, den dieselbe, insbesonders bei den ganz akuten Formen der Urethritis anterior, anderseits aber nach unseren Erfahrungen gerade auch bei sehr torpiden, chronischen Gonorrhöen des hinteren Harnröhrenabschnittes entfaltet, so liegt es klar zutage, daß dieser Erfolg in allererster Linie den großen Flüssigkeitsmengen zuzuschreiben ist, welche bei dem Verfahren im Gegensatze zu allen anderen sonst geübten Heilverfahren zur Anwendung gelangen. Wäre es aber die Masse der durch die Harnwege gespülten Flüssigkeit allein, so müßten auch mit anderen Agentien als dem Kaliumpermanganat wenigstens annähernd günstige Erfolge zu erzielen sein, was aber erfahrungsgemäß nicht der Fall ist. In der von Janet angegebenen Konzentration von 1—3 : 5000 bleibt das Kali hypermanganicum das souveräne Mittel für seine Spülmethode der Harnröhre und der Blase; die von verschiedenen Seiten unternommenen Versuche, diesem Medikamente der Reihe nach andere, wie Zinc. sulfur., Tannin, Protargol, Ichthargan, Albargin, Argent. nitric., in analoger Konzentration (von $^1/_4$% bis 1 % allmählich steigend) zu substituieren, haben übereinstimmend das Ergebnis geliefert, daß deren Wert für die Spülmethode nach Janet gegenüber dem Hypermangan beträchtlich zurücksteht. Gewiß ist, daß man sich, will man die von Janet erzielten Erfolge erreichen, absolut kein Abweichen von seiner Methode bezüglich der Konzentration, der Quantität und Temperatur, sowie auch namentlich bezüglich der Druckhöhe, unter welcher die Flüssigkeit die vordere Harnröhre ausspannt, respektive in die Blase einfließt, gestatten darf. Wir haben seit einer Reihe von zehn Jahren diese Janetsche Methode an einer großen Zahl von Kranken, und zwar stets genau nach den ursprünglichen Angaben des Autors geübt, und die Vorteile des Verfahrens eingehend in Betracht gezogen. Bei Urethritis acuta anterior, bei der sich der günstigste Effekt der Massenspülung bekundet, indem die Sekretion ungemein rasch beschränkt wird und sehr bald ganz versiegt, spülen wir anfangs einen ganzen Liter einer Lösung 1:5000 Kali hypermang. lauwarm durch die Urethra anterior, zweimal täglich. Nach fünf bis sechs Spülungen steigen wir auf 2:5000 und ebenso dann auf 3:5000, bei einer Druckhöhe von $^1/_2$ Meter. Wir machen diese Spülungen stets nach Janets Angabe, indem wir den Patienten liegen lassen. Die Spülung geschieht dabei unserer Erfahrung nach sowohl für den Arzt, wie für den Kranken leichter, als wenn derselbe auf einem Stuhle sitzt; namentlich gelingt es rascher, den ganzen Liter Flüssigkeit durch die Harnröhre durchlaufen zu lassen.

Am deutlichsten zeigt sich der günstige Erfolg der Methode bei ganz fri-

[2]) Majocchi, Il Policlinico, Bd. 1, p. 205.

[3]) Dermatol. Zentralbl., II. Jahrg. Nr. 10 und Wien. klin. Wochenschr. Nr. 42, 1902.



schen Blennorrhöefällen, so zwar, daß bereits am 3. bis 5. Tage, wenn sich eitriger Ausfluß eingestellt hat, mit den Spülungen begonnen wird. Häufig versiegt die Sekretion aus der Harnröhre bereits nach 3—4 Spülungen vollständig, so daß das Verfahren einen nahezu kupierenden Effekt hat oder zumindest das Stadium der anhaltenden entzündlichen Erscheinungen gar nicht zur Ausbildung gelangt, ohne daß man zu einer höheren Konzentration der Lösung übergehen braucht. Jedesfalls wird aber mit den Spülungen auch nach dem Versiegen der Sekretion noch durch einige Tage fortgefahren, wobei die Intervalle der einzelnen Sitzungen auf 12, 18 bis 24 Stunden ansteigen. Wenn man mit den Spülungen möglichst bald nach geschehener Infektion, also im günstigsten Falle am 2. oder 3. Krankheitstage, beginnen kann, dann ist es unter solchen Umständen in der Tat möglich, daß nach 12—16 Spülungen, zweimal täglich, also nach 6—8 Tagen, definitive Heilung der Blennorhöe erzielt wird; gewiß sind solche Fälle die verschwindende Ausnahme. Je später nach geschehener Infektion der Kranke in Behandlung kommt, desto zahlreichere Spülungen sind erforderlich, desto eher muß man mit der Konzentration der Lösung ansteigen, um ein Versiegen der Sekretion zu erzielen und die Wiederkehr derselben hintanzuhalten. Im Durchschnitt bedarf es in den unkomplizierten Fällen von akuter Gonorrhöe der vorderen Harnröhre, welche nach dem 3. bis 4. Krankheitstage in Behandlung gelangen, einer zwei- bis dreiwöchentlichen Spülbehandlung, um ein annähernd günstiges Ergebnis durch Fernbleiben der Sekretion zu erzielen. Eine Kontraindikation für die Einleitung des J a n e t'schen Verfahrens ist unserem Ermessen nach weder in der Massenhaftigkeit des Sekretes, noch in der Akuität der Entzündungserscheinungen, noch auch in den subjektiven Beschwerden der Kranken zu erblicken. Dagegen verbietet die große Schmerzhaftigkeit, welche die pralle Füllung der Urethra mit der Lösung hervorruft, und die mitunter von direkter Verschlimmerung des Zustandes, insbesonders von Vermehrung des Sekretes gefolgt ist, die Fortsetzung der Spülungen, trotz mancher gegenteiliger Beurteilung von Seite einiger Autoren. Aus äußeren Gründen ist es nun selbst in der Mehrzahl der Fälle untunlich, die Spülungen häufiger als einmal des Tages vorzunehmen; demgemäß tritt auch der Behandlungseffekt, nämlich das Schwinden des Ausflusses und die Klärung des Harns, später ein, zumeist nicht vor Ablauf von 10—14 Tagen, d. h. nach einer ebenso großen Zahl von Spülungen.

In unseren Fällen haben wir, wie bereits oben angedeutet, bei übermäßiger Empfindlichkeit des Kranken, bei heftigen Schmerzäußerungen, durch das Ausspannen der Urethra anterior mittels der Spülflüssigkeit bedingt, von der Forcierung der Waschung Umgang genommen und auch von Kokaineintropfungen behufs Kupierung der Schmerzen — wie J a n e t es zu tun pflegt — darum keinen Gebrauch gemacht, weil dadurch die Richtschnur bezüglich der subjektiven Empfindungen der Kranken und bezüglich eventuell eintretender Komplikationen der Urethritis, welche die Spülungen kontraindiziert erscheinen lassen, gänzlich verloren geht. Von der übergroßen Schmerzhaftigkeit der Spülungen abgesehen, welche bei manchen Kranken, deren systematische Durchführung zur Gonorrhöebehandlung von vornherein ausschließt, begegnen wir auch solchen Fällen, bei denen ohne nachweisbaren Grund, trotz regelrecht und schonend ausgeführter Methode, nach vier bis sechs Spülungen keinerlei Effekt erzielt wird, der Ausfluß reichlich, der Harn getrübt bleibt. Für solche Fälle eignet sich die Methode offenbarer Weise nicht, und da halten wir es für angebracht, die Spülungen nicht weiter fortzusetzen.

Komplikationen der Urethritis anterior durch periurethrale Infiltrate, Lymphstrangentzündungen u. a. schließen nach unserem Ermessen die Anwendung der Massenspülungen nach Janet aus. — Die Urethritis chronica anterior bietet gleichfalls ein günstiges Feld für die Methode; wir machen da jedoch stets eine Durchspülung der ganzen Harnröhre und Füllung der Blase, und zwar in zwei Etappen à 250 cm^3, nach vorausgeschickter Reini-

gung der Urethra anterior mit $^1/_2$ l der Spülflüssigkeit. Was die Druckhöhe anlangt, so reichen wir nahezu stets mit $1^1/_2$ m aus, keineswegs aber immer; ein Forcieren des Einfließens in die Blase haben wir stets vermieden und niemals die Druckhöhe über das angegebene Maß gesteigert. Wir finden, daß das Janet'sche Verfahren doch seine Grenzen hat und für manche sehr empfindliche Kranke seine Anwendbarkeit einbüßt. Das Forcieren des Einfließens ist geeignet, direkt Komplikationen herbeizuführen, die bei einer milden, schonungsvollen Therapie sicherlich ausbleiben würden. Für die große Mehrzahl der Fälle ist das Einlaufen einer großen Menge von Hypermanganlösung in die Blase und eine nochmalige rückläufige Durchspülung der Urethra in ganzer Länge, indem der Kranke die in die Blase geströmte Lösung ausuriniert, ein sehr zweckdienliches und anderen Behandlungsmethoden gleichwertiges therapeutisches Verfahren. Erwähnenswert ist dabei noch, daß wir in sehr vielen Fällen dieser Art bei weitem nicht der großen Druckhöhe bedürfen, daß vielmehr der Sphinkter sehr leicht erschlafft, ja wir kaum imstande wären, auch wenn wir es wollten, unsere Spülungen auf die vordere Harnröhre allein zu beschränken, indem der Sphinkter ganz unvermutet leicht dem relativ niedrigen Drucke nachgibt. Niemals ergibt sich aus der Durchspülung der gesund gebliebenen Urethra posterior und der Anfüllung der Blase mit einer Hypermanganlösung irgend ein Nachteil, vielmehr lehrt die Erfahrung, daß manche Urethritiden, welche ausschließlich in der vorderen Harnröhre festsitzen, dann eine rasche Besserung und vollkommene Ausheilung erfahren, wenn statt der mit geringem Nutzen ausgeführten vorderen Spülungen das Einfließenlassen der Flüssigkeit in die Blase vorgenommen wird.

Für die Urethritis posterior und für die Zystitis halten wir es mit den Janet'schen Spülungen so, daß wir zunächst die ganz akuten Formen mit heftigem Blasentenesmus, großer Harnfrequenz, Schmerzen am Schlusse des Miktionsaktes, namentlich aber Fälle mit terminalen Blutungen, von der genannten Methode lieber ganz ausschließen. Entgegen der eventuell an Kliniken und an liegendem Krankenmaterial angängigen Uebung, auch solche Fälle zu spülen, erachten wir eine passive, zuwartende Therapie mit kalmierenden Mitteln für diese Fälle doch für weitaus geeigneter und in erster Linie für minder gefahrvoll hinsichtlich des Eintretens ernster Komplikationen. Wir wollen es gewiß nicht von der Hand weisen, daß manche Fälle dieser Art auch von der Janet-Behandlung Vorteil ziehen können; wir sehen von derselben aber lieber gänzlich ab, wenn gebieterischer, schmerzhafter Harndrang, namentlich aber wenn terminaler Blutabgang besteht. Desgleichen schließen wir von den Blasenspülungen Fälle mit beginnender oder bereits ausgebildeter Prostatitis, selbstverständlich aber alle mit vorhandener Epididymitis unbedingt aus. Die chronische Prostatitis als Komplikation der schleichenden Urethritis posterior gestattet dagegen, schon ihrer großen Häufigkeit wegen, bei einem hohen Prozentsatz der Fälle, die Janet'sche Methode unbedingt. Dieselbe besitzt ein großes Feld der Anwendung in den häufig in der dritten, vierten Woche der Tripperinfektion schleichend und fast ohne subjektive Symptome einsetzenden subakuten Urethritis posterior; in solchen Fällen ist das Spülverfahren indiziert, es gelingt auch die Blasenspülung zumeist ohne Umstände, der Sphinkter ist unschwer zu überwinden und die Methode erzielt in einer bald geringeren, bald größeren Anzahl von Spülungen, durchschnittlich in 12—15—20 Sitzungen, eine Klärung des Blasenharnes.

Für chronische Formen der Urethritis posterior muß es als Grundsatz gelten, einen Erfolg durch relativ wenige Spülungen nicht zu erwarten. Allein abgesehen davon, daß wir nach mehrwöchentlichem unausgesetztem Gebrauche der Janet-schen Methode mitunter sehr schöne Resultate erzielen, wo wir solche nicht mehr erwarten mochten, gibt uns das Verfahren in besonders torpiden Fällen ein Mittel an die Hand, die Besserung dadurch rascher vorwärts zu bringen, daß wir zwischen andere, auf die Urethra posterior lokalisierte

Eingriffe einige Tage hindurch eine Serie von Gesamtspülungen der Urethra und Blase einschieben. Diese Methode liefert in sehr torpiden, immer wieder aufflammenden chronischen Fällen nicht selten ganz zufriedenstellende Resultate. Keineswegs läuft man Gefahr, durch systematische Blasenspülungen in diesen Fällen Komplikationen hervorzurufen, die sonst nicht eintreten würden, anderseits beugt aber auch diese Methode denselben keineswegs leichter vor, als irgend eine andere.

Der Hauptvorteil, den uns das Janet'sche Verfahren in die Hand gibt und den es vor den übrigen Methoden der Tripperbehandlung voraus hat, liegt, wie bereits erwähnt, in der raschen Beseitigung des dem Kranken am lästigsten fallenden und subjektiv am meisten in Betracht kommenden eitrigen Ausflusses. Dieser günstige Erfolg, der bereits nach 3—4 Spülungen mit übermangansaurem Kali eintreten kann, geht nach unseren mit anderen Autoren übereinstimmenden Untersuchungen mit einem überraschend schnellen Spärlichwerden und gänzlichem Verschwinden der vorher massenhaft vorhanden gewesenen Gonokokken einher. Solche rapide Heilungen sind gleichwohl nur dann zu erzielen, wenn bei Beginn der Spülbehandlung nicht mehr als 2—3 Tage seit der Infektion verflossen sind. Denn nur dann ist es möglich, daß die Elimination der noch nicht über das Epithel hinaus eingedrungenen Gonokokken durch die außerordentlich intensive Epitheldesquamation, welche durch die Massenspülungen bedingt wird, statthat.

Zusammenfassend können wir somit bezüglich der Resultate unserer ausgedehnten Erfahrungen mit der Janet'schen Spülmethode sagen, daß sich dieselbe im allgemeinen für die überwiegende Mehrzahl der Blennorrhöefälle, sowohl für solche in ganz akutem, wie in subakutem, als auch in chronischem Stadium, bei Beteiligung der Urethra anterior allein oder bei Ergriffensein der Harnröhre in ganzer Ausdehnung eignet. Die besten Resultate liefert das Janet'sche Verfahren bei ganz frischen und sehr bald nach erfolgter Infektion in Behandlung kommenden Blennorrhöen der Urethra anterior. Die Beseitigung des Ausflusses, das Verschwinden der Gonokokken und die endgiltige Heilung kann unter günstigen Umständen in so kurzer Zeit erzielt werden, wie dies durch keine der sonst üblichen Methoden zu erreichen ist. In dieser Beziehung ist das Janet'sche Verfahren diesen Methoden unbedingt überlegen. Auch für die späteren Stadien des Tripperprozesses bilden die Massenspülungen einen vorteilhaften Heilbehelf, welcher namentlich dann vorwärtszuhelfen vermag, wenn derselbe in sehr konsequenter Weise oder insbesonders bei sehr torpiden chronischen Fällen abwechslungsweise mit anderen Eingriffen in Anwendung gebracht wird. Keineswegs sind aber die Vorzüge des Verfahrens hiebei so bedeutsame, daß dessen entschiedene Ueberlegenheit vor den anderen Methoden behauptet werden könnte oder letztere gar dadurch entbehrlich würden. Als Kontraindikationen für Janet haben alle Komplikationen des Tripperprozesses, namentlich Periurethritis, Lymphangoitis, Epididymitis und Prostatitis acuta, schließlich auch heftige subjektive Beschwerden infolge der starken Ausspannung der Urethra durch den Flüssigkeitsdruck zu gelten. Einer besonderen Beachtung und getrennten Behandlung bedürfen eventuell vorhandene und gonorrhoisch infizierte paraurethale Gänge. Eine Kombination der Irrigationsmethode mit anderen Encheiresen, so namentlich mit vorhergehender Massage der Prostata oder einfachem Ausdrücken des in derselben angestauten Sekretes, ist für viele subakute und chronische Fälle wohl am Platze. Der Gebrauch anderer antiseptischer oder adstringierender Mittel neben dem Kaliumpermanganat, wie Zink, Tannin, Cuprum sulf., Protargol, Albargin, Ichthargan oder Argent. nitric. bringt für die Spülmethode keinerlei Gewinn. Dagegen ist für die späteren Stadien des Tripperprozesses hie und da der Zusatz geringer Quantitäten von Argent. nitric. ($^1/_4$—1$^0/_{00}$) zur Permanganatlösung empfehlenswert.

Halten wir nunmehr nach diesem Ueberblicke über den Wirkungskreis des Janet'schen Irrigationsverfahrens und dessen Vorteile durch den Gebrauch



großer Flüssigkeitsmengen, die Bespülung der gesamten Schleimhaut nach Ausspannung aller ihrer Falten, Buchten und Einstülpungen, Umschau nach einer Methode, welche in ganz analoger Weise günstige Bedingungn schafft, wie bei Janet, so sind wir in der Lage, eine solche uns zunutze zu machen. Die Methode, die wir hiebei im Auge haben, die keineswegs neu, gewiß viel älteren Datums ist als das Verfahren von Janet, rangiert gleichfalls unter dem Titel der Druckspülungen und bringt gleichfalls unter Beiseitelassen der Einführung eines katheterförmigen Instrumentes in die Harnröhre alle jene vorteilhaften Momente in Anwendung, die das Janet'sche Verfahren auszeichnen. Gerade durch diese Art der Druckspülungen, welche einfach mit der Wundspritze ausgeführt werden, hat die Therapie des Harnröhrentrippers eine wesentliche Bereicherung erfahren. Die Irrigation der ganzen Harnröhre kann mittels der Wundspritze in ganz einfacher Weise, ebenso wie die Spülung der Urethra anterior bis an den Sphinkter ausgeführt werden. Dieses einfache und außerordentlich zweckmäßige Verfahren ist zuerst von M. von Zeißl bereits 1885 angewendet und von ihm[4]), später von Lavaux[5]), Rona[6]), Kutner[7]) u. a. empfohlen worden. Diese Harnröhrenirrigationen mit der Wundspritze werden auch zweifellos in der Praxis der Gonorrhöebehandlung weit mehr verwendet, als ihrer in den Fachschriften und zusammenfassenden Darstellungen über die Therapie der Harnleiden Erwähnung geschieht. Es lohnt aber der Mühe, gerade dieses einfache und handliche Verfahren in ausgiebiger Weise zu prüfen und mit der Methode von Janet in Vergleich zu stellen, wobei es sich zeigen wird, daß in technischer und methodischer Hinsicht mancherlei zu Gunsten desselben spricht.

Zum Zwecke der Irrigation der vorderen Harnröhre oder der Bespülung des gesamten Urethralkanals, sowie der Blase reicht die gewöhnliche 200 g fassende Wundspritze, wie man sich jederzeit überzeugen kann, vollkommen aus. Als Ansatzstück für die Spritze eignet sich eine anschraubbare Hartgummiolive sehr gut; ich benütze aber seit langer Zeit, und mit Vorteil, einen ansteckbaren Kathetertrichter, dessen vorderes konisches Ende mit einem darübergezogenen etwa $1^1/_2$ cm langen Stückchen eines dickwandigen Drains armiert ist. Dies ist das gesamte erforderliche Instrumentarium, mit welchem die Druckspülung ausführbar wird und bei welcher das von Janet späterhin in den Vordergrund gerückte Prinzip der massenhaften Berieselung der Urethralschleimhaut unter direktem Flüssigkeitsdrucke, ohne Instrument und in kontinuierlich und rasch fließendem Strahle bewerkstelligt wird. Alle Apparate zur Irrigation der Harnröhre werden durch dieses einfachste Mittel überflüssig; der Irrigator mit Schlauch und die Aufhängevorrichtung mit abgemessener Druckhöhe, wie Janet es erfordert, sind durch den denkbar kompendiösesten Mechanismus ersetzt. Von dieser Einfachheit und zweifellos bei weitem leichteren Handlichkeit des Apparates abgesehen, liegen in demselben nicht zu übersehende Vorteile in der geschickteren, weit weniger umständlichen und dazu rascher zu beherrschenden Handhabung der Druckspritze gegenüber der Klemmvorrichtung und der Kanüle bei Janet. Zweifellos erfordert der in $^1/_2$—$1^1/_2$ m Höhe aufgehängte Irrigator, Schlauch und Kanüle mehr Umsicht und Bedienung, als unsere einfache Spritze. Das Einfüllen der warmen Lösungen, die Reinhaltung des Irrigators, der langen Schläuche und der Kanülen ist weit umständlicher als die der Spritze. Namentlich die Schläuche, durch welche wiederholt Manganlösungen durchgehen, entbehren, wie man sich gelegentlich durch Aufschneiden solcher länger in Gebrauch gestandener Schläuche überzeugen kann, der zu erwartenden antiseptischen Prinzipien; Verfärbung und bröckelige Niederschläge schließen eine Reinhaltung durch Durchrieselung mit warmem Wasser aus und bei dem langen

---

4) Allg. Wiener med. Ztg. Nr. 14, 1886.

5) Arch. génér. de medicine, März 1887,

6) Irrigationen ohne Katheter bei Urethritis post. Oesterr. med. chirurg. Presse Nr. 12, 1891.

7) Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51, 1900.

Wege, welchen die medikamentöse Lösung im Schlauch vor dem Einfließen in die Harnröhre bei der Irrigation zu durchmessen hat, ist es leicht möglich, daß solche körnige Konglomerate mitgerissen werden. Keineswegs entspricht also das Armamentarium der Janet'schen Anordnung den antiseptischen Grundsätzen auch nur annähernd. In zweiter Linie ist die Technik des Verfahrens gewiß weniger leicht zu üben und bedarf größeren Geschickes als die Handhabung der Wundspritze, die wohl jeder leicht erlernt.

Diese Druckspülungen mittels Wundspritze und entsprechendem Ansatzstück vermögen somit zum Zwecke der Irrigationsbehandlung der Harnröhre und der Blase all das in ganz gleicher Weise zu leisten, was das Janet'sche Verfahren zu erzielen vermag. Denn zunächst bieten diese Massenspülungen mit der Wundspritze ebenfalls den Vorteil, daß man durch dieselben die Harnröhre dehnt und ausspannt und dadurch alle Falten nach Möglichkeit ausgleicht, so daß alle Schleimhautpartien mit der Injektionsflüssigkeit in Berührung gelangen. Die Mehrzahl der Autoren empfiehlt die Anwendung dieser Druckspülungen der vorderen Harnröhre erst dann, wenn die akutesten Erscheinungen des Trippers, die Entzündung des Orificiums und die Schwellung der Harnröhrenschleimhaut stark im Rückgange oder gänzlich geschwunden sind, somit erst in der 3. Woche nach geschehener Infektion (v. Zeißl, Kutner, Jadassohn u. a.). Nun kann man sich aber sehr leicht davon überzeugen, daß in ganz gleicher Weise, wie mit dem Janet'schen Spülverfahren, auch mit unserer Wundspritze die ganz frischen gonorrhoischen Erkrankungen der Urethra anterior angegangen, und zwar mit mindestens gleich günstigem Erfolge angegangen werden können, als sie bei Janet behandelt werden. Wenn man Ansatzrohr und Spritze schonend und behutsam verwendet, wenn man namentlich das Prinzip verfolgt, die ersten Füllungen der Urethra anterior mit der Hypermanganlösung ganz allmählich und unter Vermeidung vollkommenster Ausspannung der Schleimhaut vorzunehmen, dann wird selbst die allererste derartige Prozedur im ganz akuten Stadium für den Kranken keine übermäßigen Schmerzen verursachen, gewiß durchaus keine heftigeren, als die Janet-Spülung in der gleichen Erkrankungsphase. Die unter geeigneten Umständen nach Ablauf von 6—8 Stunden ausgeführte zweite Spülung mittels Spritze findet in der Mehrzahl der Fälle den Kranken weitaus toleranter, die Füllung der vorderen Harnröhre kann bereits bis zur völligen Ausspannung der Harnröhrenschleimhaut geschehen und die nächsten Sitzungen nehmen gewiß einen absolut schmerzlosen Verlauf. Zumeist erzielt dieses Verfahren, ganz ebenso wie Janet, unter günstigen Verhältnissen den erfreulichen Erfolg, daß die Sekretion nach vier oder fünf Spülungen, oft bereits früher, auf ein Minimum reduziert ist oder vollständig aufgehört hat. Wir legen somit ganz besonderen Wert auf die Anwendung der Druckspülungen mit der Wundspritze für die allerersten Stadien der Blennorrhöe und stellen sie nach unseren vielfältigen, sehr guten Erfahrungen der Janet'schen Methode ebenbürtig zur Seite. Wir führen sie stets am liegenden Kranken aus und finden diese Position sowohl für den Arzt, wie für den Kranken wesentlich bequemer; nebst anderem schon aus dem Grunde, weil die Patienten bei dieser Körperstellung ihre Becken- und Bauchmuskulatur am leichtesten schlaff werden lassen, worauf es bei den Spülungen ganz wesentlich ankommt. Der Kranke nimmt, nachdem ihm eine Kautschukdecke über die Beine gebreitet, in die rechte Hand ein bequemes und gut anliegendes Spülbecken, über dem die Spülung so ausgeführt werden kann, daß kaum ein Tropfen der rückfließenden Irrigationslösung Arzt oder Kranken benetzen braucht, wenn man halbwegs geschickt manipuliert. Man irrigiert hierauf, nachdem man sich im Mischzylinder die entsprechende Hypermanganlösung zubereitet hat — dieselbe muß naturgemäß stets gut vorgewärmt sein und die analoge Konzentration besitzen, wie bei Janet — unter vorsichtigem Ansetzen der Peripherie des Drainröhrchens an den Meatus urethrae die vordere Harnröhre mit leich-

tem, langsamen Druck des Daumens auf den Spritzenstempel. Das langsame Anfüllen und allmähliche Ausspannen der vorderen Harnröhre empfindet der Kranke zumeist bei aller Schonung etwas unangenehm, keineswegs aber als lebhaften Schmerz. Man vermeidet bei empfindlichen oder ängstlichen Kranken den letzteren umso eher, je geringere Mengen Flüssigkeit man anfangs einströmen läßt; im schwierigsten Falle lassen wir einige Kubikzentimeter einer ganz schwachen Kokain- oder Adrenalin-, respektive Epirenanlösung in die Harnröhre einlaufen, ehe wir unsere Spülung fortsetzen. Dies ist aber höchstens für die erste oder zweite Sitzung erforderlich gewesen, in der überwiegenden Anzahl der Fälle reichen wir ohne dieses Hilfsmittel vollkommen aus. Jedesmal überzeugen wir uns davon, daß die zweite und dritte Sitzung dem Kranken bereits wenig Unbehagen bereitet und späterhin die Spülungen ganz anstandslos ohne jede unangenehme Sensation vonstatten gehen. Wir lassen bei diesen Irrigationen, je nach dem Kaliber der Urethra, je zirka 10—20—25 cm^3 einfließen und vollführen dies so lange, bis $^1/_2$ l Spülflüssigkeit verbraucht ist. Mehr ist nicht erforderlich. Wir haben mit dieser Methode in einer erklecklichen Anzahl von Fällen die ganz gleichen Resultate erzielt, wie bei Janets Verfahren. Unbedingt erscheint die Spülung mit der Spritze aber weitaus einfacher und handlicher, als die mit Irrigator und Schlauch. Ganz einleuchtend ist es, daß man mit dem Daumen am Spritzenstempel den Druck weit leichter zu regulieren vermag, und daß man mit dem Nachlassen des Daumendruckes am Kolben viel rascher den Druck auf Null absinken lassen kann, als wenn man den Schlauch des Irrigators abklemmen oder die Sperrvorrichtung schließen muß; überdies empfindet die Hand an der Spritze jede Spannung der Harnröhrenmuskulatur, namentlich die Zusammenziehungen des Sphinkters weit deutlicher und unmittelbarer und kann ihnen daher auch um vieles prompter Rechnung tragen.

Nach 10—12 Spülungen erreichen wir fast stets, auch in spät in Behandlung gelangenden Fällen, den Erfolg, daß der Ausfluß versiegt; nach weiteren in 24stündigen Pausen vorgenommenen Irrigationen ist der Heilungsprozeß sehr wesentlich weiter fortgeschritten. Wir haben in solchen Fällen sehr häufig den Versuch gemacht, die Flüssigkeit nach Ueberwindung des Sphinkter vesicae durch die hintere Harnröhre in die Blase einfließen zu lassen und sind zu dem Ergebnis gelangt, daß dies bei schonender Handhabung des Instrumentariums, bei richtiger Lage des Kranken, bei ablenkendem Gespräche mit demselben, wodurch er am ehesten seine Muskulatur entspannt, namentlich wenn man ihn auffordert, sich so zu verhalten, als ob er seinen Harn entleeren wolle, nahezu ausnahmslos gelingt, und dies, wenn nicht in der allerersten, so doch in der zweiten Sitzung. Eine Ausnahme machen mitunter jene Kranken, die an einer ersten Infektion erkrankt sind; bei diesen gelingt die Ueberwindung des Sphinkters trotz eifrigen Bemühens nicht sogleich. Freilich benötigen wir dies auch nicht, weil wir für den Anfang gewiß mit den Spülungen der Urethra anterior unser Auslangen finden; in solchen Fällen erzielen wir aber gewiß auch mit der Janet'schen Methode nicht den Effekt, daß die Flüssigkeit leicht in die Blase einströmt.

Wir haben aber in unserer Beobachtungsreihe bei allen Fällen, welche bereits in der dritten Woche der Erkrankung oder weiter vorgerückt waren, das Spülverfahren ausnahmslos auf die Urethra posterior ausgedehnt und bei der Ueberwindung des Sphinkter niemals irgend welchen Schwierigkeiten begegnet. Wir gehen hiebei so zu Werke, daß wir mittels der Spritze 250 cm^3, mitunter mehr, in die Blase einspritzen, den Kranken dieses Quantum entleeren lassen und diese Prozedur mit einem geringeren Quantum Irrigationsflüssigkeit nach Bedarf ein- oder zweimal wiederholen.

Wir besitzen in dieser vereinfachten Methodik der Harnröhren- und Blasenspülung ohne Katheder mit der gewöhnlichen Wundspritze ein sehr wertvolles und für alle Phasen des Tripperprozesses anwendbares Verfahren, welches sich als mindestens ebenso erfolgreich erweist, wie



die Methode von Janet. Unser Verfahren leistet bei der Behandlung ganz frischer Blennorrhöefälle zum mindesten Gleiches wie die von Janet angegebene Methode, ist aber wegen der Vereinfachung der Technik dieser ganz gewiß überlegen. Auch für die späteren Stadien des Tripperprozesses bietet das Spülverfahren mit der Spritze ein sehr bequemes, vorteilhaftes und in allen Fällen anwendbares therapeutisches Verfahren mit dem das weit umständlichere Janet'sche nicht als gleichwertig bezeichnet werden kann. Die Vereinfachung der Technik ist bei den massenhaften Einzeleingriffen, wie sie in stark besuchten Ambulatorien oder auch für den beschäftigten Praktiker, der ohne Hilfspersonal arbeiten muß, in Betracht kommen, von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Denn im Vergleiche zu der Arbeitsleistung der Hände bei einer in unmittelbarer Folge ausgeführten Reihe von Janet-Spülungen ist die gleiche Zahl der Druckspülungen mit der Spritze ein geringfügiges und durchaus nicht ermüdendes Verfahren, das auch für die Spülungen der weiblichen Blase Ausgezeichnetes leistet.

Bei einer genauen und alle Momente in Berücksichtigung ziehenden Ueberprüfung können wir nach unseren Erfahrungen alle jene Vorteile, welche das Janet'sche Spülverfahren zur Behandlung der Harnröhrenerkrankungen bietet, in ganz gleicher Weise mit den vereinfachten Druckspülungen mittels der Wundspritze, wie es seit langer Zeit in Uebung steht, erzielen und halten dasselbe sogar, seiner größeren Handlichkeit und weitaus geringeren Umständlichkeit wegen für geeignet, das Verfahren von Janet vollkommen zu ersetzen und entbehrlich zu machen.

(Aus dem Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien.)

Ueber Akroparästhesien.

Von Dr. **Emil Schwarz**, Privatdozent in Wien.

Jeder Arzt, welcher einige Zeit eine Krankenambulanz geführt hat, in welcher hauptsächlich Leute der armen und daher stark arbeitenden Klassen verkehren, wird die Beobachtung gemacht haben, daß in vielen Fällen das klinische Wissen völlig versagt, um den sogenannten kleinen Leiden gerecht zu werden. Die genaueste Krankenuntersuchung schafft nicht das Geringste zum Verständnis des Falles herbei und nur zu leicht wird die ganze Affektion als Einbildung oder Uebertreibung, im besten Falle als Neurasthenie schlechtweg oder Reflexneurose gedeutet. Und dennoch ist die anschauliche Schilderung, welche die Kranken von ihrem Leiden entwerfen, ihr Umherwandern von einem Arzte zum anderen, ferner Opfer an Zeit und Geld, welche sie ihrem Zustand bringen, ein Beweis, daß sie wirklich von einem mehr weniger quälenden Leiden verfolgt werden. So sehe ich alljährlich eine ganze Anzahl von Frauen, deren einzige Klage Brennen und schmerzhafte Sensationen der Rückenhaut ist. Andere wieder werden von solchen Gefühlen in den Händen, in der Brusthaut, häufig auch der Mamma geplagt oder dieses peinigende Brennen befällt die Kopfhaut oder die Herzgegend. Namentlich für letztere Lokalisation ist man leicht geneigt, das Leiden als eine Head'sche hyperästhetische Zone aufzufassen, ohne daß jedoch irgend ein objektives oder anderes subjektives Symptom für das Bestehen einer Herzaffektion spräche. Ich will von der Unzahl von Fällen gar nicht sprechen, in welchen Schmerz oder Stechen in der Brust oder im Rücken oder in der Seite als einzige Beschwerde vorgetragen wird, wo in den wenigsten Fällen irgend ein Lungenbefund, irgend ein Zeichen einer Erkrankung der Thoraxorgane oder des Nervensystems zu erheben ist, wo man nach sorgfältigster Untersuchung froh ist, in manchen Fällen durch den Nachweis einer lokalen Druckempfindlichkeit eine Myalgie, einen „Muskelrheumatismus", annehmen zu dürfen, während in der weitaus größten Mehrzahl überhaupt weder ein

greifbares Zeichen, geschweige denn eine Diagnose vorhanden ist. Ich möchte von den letzteren Fällen ganz absehen und nur diejenigen Fälle besonders hervorheben, in denen die Klagen als Parästhesien, d. h. eigentümliche, modifizierte, sensible, selbst schmerzhafte Empfindungen der Haut angegeben werden, denen kein normaler äußerer oder innerer Empfindungsreiz zugrunde liegt. Auch diese allein bieten derartige Mannigfaltigkeit, daß bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse eine Deutung kaum möglich ist, geschweige eine Einteilung der gesamten Fälle in bestimmte Krankheitsgruppen bereits zulässig oder durchführbar wäre. Doch ist zu hoffen, daß auch hier fortgesetzte verschärfte Beobachtung immer mehr Ordnung in die Erscheinungen bringen wird, indem ein vielversprechender Anfang zur Sonderung der Krankheitsbilder durch die Abgrenzung der Akroparästhesien gemacht wurde.

Zwar sind es nicht die Parästhesien als solche, welche zuerst die Aufmerksamkeit auf diese Gruppe gelenkt haben, sondern ziemlich seltene komplizierende vasomotorische Phänomene, welche eine Beziehung des Leidens zu anderen besser charakterisierten klinischen Bildern vermuten ließen. Im Jahre 1867 beschrieb Nothnagel ein eigentümliches Krankheitsbild zum erstenmale, dessen Hauptsymptom Parästhesien in den Fingern waren, welche von leichenähnlicher Blässe und Kälte derselben begleitet wurden. Die Parästhesien bestehen in einem Taubheitsgefühl der Finger — in der stärksten Form bis zum Gefühle des Fehlens der Finger gesteigert — oder in den kriebelnden und brennenden Empfindungen, wie sie als „Eingeschlafensein" bekannt sind. In hochgradigen Fällen steigern sich diese Sensationen zu ziehenden heftigen Schmerzen. Stets wird auch über Kältegefühl in den befallenen Teilen geklagt. Dabei war Hyperästhesie bezüglich aller Empfindungsqualitäten fast immer nachweisbar. Die Symptome sind nicht kontinuierlich, sondern meist morgens am stärksten und werden durch Kälteeinwirkungen verschlimmert. Auch werden diese fast ausschließlich als Ursache des Leidens von den Kranken angegeben. Das Hauptgewicht in der Symptomatologie und Deutung dieses Symptomenkomplexes legt Nothnagel auf die vasomotorischen Phänomene, die Blässe und Kälte der Finger, und faßt auch die Par- und Hyperästhesien als Folgen dieser spastischen Gefäßverengerungen auf. Doch gelang es erst Schultze, die allgemeine Aufmerksamkeit auf diesen keineswegs seltenen, dafür umso häufiger unterschätzten quälenden Zustand hinzulenken, von welchem auch die Bezeichnung des Symptomenkomplexes herrührt. Schultze war auch der erste, welcher das Krankheitsbild gegenüber ähnlichen Zuständen genauer abgrenzte. Von Schultzes Arbeit ausgehend, hat sich bereits eine ziemliche Literatur über den Gegenstand entwickelt, welche bis zum Jahre 1901 vollständig in R. Cassirers vorzüglicher Monographie der vasomotorisch-tropischen Neurosen zusammengestellt ist.

Das typische Krankheitsbild ist gewöhnlich folgendes: Bei den Kranken treten Parästhesien in den Händen, seltener auch in den Füßen auf. Dieselben werden als Formikationen, Kriebeln, Prickeln, Gefühl zahlloser Nadelstiche beschrieben. Häufig ist die Hand oder der Fuß wie eingeschlafen. Die Sensationen beschränken sich entweder auf die Fingerballen oder einen oder mehrere Finger oder ergreifen die ganze Hand, selbst den Vorderarm. Dazu gesellt sich die Empfindung der Vertaubung, des Pamstig- oder Pelzigseins, die Kranken erklären die Finger oder die Hand für geschwollen, behaupten, „kein Gefühl" in derselben zu haben. In hochgradigen Fällen steigern sich die unangenehmen Sensationen zu ausgesprochenen brennenden, ziehenden oder reißenden Schmerzen. Auch die motorische Leistungsfähigkeit leidet; zwar ist die grobe Kraft ungestört, es finden sich keine wie immer gearteten Lähmungen, doch sind die befallenen Hände oder Finger völlig ungeeignet zu feineren Bewegungen. Die Frauen erklären, die Finger seien ungeschickt, steif oder überhaupt unfähig, sich zu rühren. So kommt es, daß die Kranken keine Nähnadel hal-

ten, keinen Knopf schließen können, ja ich habe zwei Fälle gesehen, in welchen die Kranken während des Bestehens der Parästhesien nicht einmal ein Geschirr bei seinem Henkel fassen konnten oder es fallen lassen mußten.

Die Parästhesien bestehen nicht kontinuierlich, im Gegenteil ist es für die typischen Fälle geradezu charakteristisch, daß sie anfallweise, am häufigsten und stärksten während des nächtlichen Schlafes einsetzen und gegen die Morgenstunden am heftigsten werden. Am häufigsten erzählen daher auch die Patienten, daß sie des Morgens mit toten oder steifen oder klammigen Händen aufwachen. Alle bisherigen Beobachter heben dies hervor, und auch unter den 22 Fällen, welche meinen Beobachtungen zugrunde liegen, wird in mehr als zwei Dritteln der Fälle dieser Eigentümlichkeit Erwähnung getan. Reiben der Finger oder Hände, Klopfen, Bürsten derselben schafft Erleichterung, manchmal nützen lebhafte Bewegungen, Umhergehen, während andere Kranke sich unbeweglich halten, da jede Bewegung der Hand die Parästhesien zu heftigen Schmerzen steigert. In den nächsten Stunden nach dem Erwachen lassen die Sensationen gewöhnlich nach; die hiezu nötige Zeit ist verschieden; manchmal genügt eine Viertelstunde, um der Hand normales Gefühl und volle Beweglichkeit wiederzugeben, weit öfters jedoch vergeht der halbe Tag oder die Parästhesien werden schwächer, ohne je ganz aufzuhören. Allerdings gehört letzteres Verhalten zu den seltensten Ausnahmen. In meinem Beobachtungsmaterial findet sich nur eine 61jährige Frau, bei welcher die Parästhesien noch am Nachmittag andauerten und nur nach Faradisation nachließen, während sie ohne diese überhaupt nicht völlig schwanden und nachts wieder heftig exazerbierten. Im allgemeinen kann es als Regel gelten, daß, je länger das Leiden besteht, umso länger auch die Periode der Parästhesien sich ausdehnt.

Die Parästhesien werden durch einige Ursachen verschlimmert oder überhaupt erst hervorgerufen. Dahin gehören in erster Linie thermische Einflüsse, namentlich Kälte. Die Berührung der Hand mit kaltem Wasser ist namentlich gefährlich, doch auch Hitze kann denselben schädlichen Einfluß ausüben, ebenso auch Anstrengung der befallenen Gliedmaßen.

Die Verteilung der Parästhesien wurde bereits berührt, am häufigsten sind die Hände, und zwar beide, affiziert. Ist nur eine Hand ergriffen, so ist es gewöhnlich die rechte. v. Frankl sah unter 29 Fällen sechsmal einseitige Affektion (viermal rechts, zweimal links). Unter meinen Fällen befinden sich zwei mit ausschließlicher Beteiligung der rechten Hand, ein dritter Fall, einen Mann, 51jährigen Eisenbahnbediensteten betreffend, welcher durch Jahre hindurch mit Fahrkartenmarkierung beschäftigt ist und auch eine von der Lochzange herrührende Schwiele in der Vola manus aufweist, dürfte vielleicht nicht ganz ohneweiters den Akroparästhesien zugezählt werden. Ausschließlich auf die linke Hand beschränkt fand ich die Akroparästhesie nur einmal. Meist sind die Parästhesien über die ganze Hand ausgedehnt, reichen auch bis auf den Vorderarm; namentlich wenn Schmerzen bestehen, reichen dieselben über das Handwurzelgelenk auf den Vorderarm hinauf. Eine Beschränkung auf bestimmte Teile der Hand, z. B. die ulnare oder radiale Hälfte habe ich nur einmal gesehen. Doch wird von manchen Autoren eine gewisse Prädilektion der Ulnarseite angegeben und A. Pick teilte in letzter Zeit eine Beobachtung mit, wo während zwanzigjähriger Dauer die Parästhesien nie über die ulnare Seite des Vorderarmes und der Hand hinausgegangen waren. Häufiger bestehen die Symptome nur in den Fingern, Handrücken und Handfläche freilassend, da wiederum sind gewöhnlich die Fingerballen Sitz der ausgesprochensten und langdauerndsten Parästhesien — eine Eigentümlichkeit, welche auch in den Fällen von ausgebreiteter Parästhesie gewöhnlich zu konstatieren ist. Ja nicht selten persistieren in schweren Fällen die Parästhesien und das Taubheitsgefühl in den Fingerballen oder Fingerspitzen auch zur anfallsfreien Zeit. Selten ist der eine oder der andere Finger, z. B. der Daumen, der Mittelfinger, auch der kleine Finger allein ergriffen. So sah

Frankl unter 29 Fällen nur zweimal, daß nur vier Finger ergriffen waren. In einem Falle Cassirers beschränkten sich die Parästhesien auf die drei ersten Finger der rechten Hand, während reißende Schmerzen in beiden Händen bestanden. Aehnlich ist eine eigene Beobachtung: eine 48jährige Näherin klagt seit sechs Monaten über reißende Schmerzen in den Fingern. Der rechte Mittelfinger ist namentlich des Morgens parästhetisch, besonders in der Fingerkuppe, und angeblich unbeweglich, zeigt also allein die typischen Beschwerden der Akroparästhesie.

Andere Körperteile beteiligen sich selten, hie und da die Füße, sehr selten auch das Gesicht (v. Frankl) oder die Zungenspitze und die Lippen (Ballet, Cassirer). Bei Akroparästhesien in Händen und Füßen kann bei nur einseitiger Affektion eine hemiplegische Verteilung der Symptome entstehen. Der paraplegische Typus — beide Hände — ist jedoch entschieden der häufigste (Saundby). Ich selbst sah nur einen einzigen Fall, eine 60jährige, gleichzeitig an Mitialinsuffizienz leidende Frau, welche über Schmerzen und Parästhesien in allen vier Extremitäten klagte. In einem anderen Falle bestanden in der rechten Hand typische Akroparästhesien, im rechten Bein und Fuß jedoch nur reißende Schmerzen.

Der objektive Befund ist in den meisten Fällen dieser typischen Art vollkommen negativ. Es finden sich weder äußere Veränderungen an der Haut, noch nachweisbare Sensibilitätsstörungen — abgesehen von leichter Hypästhesie, diese jedoch nur in der Minderzahl der Fälle; vereinzelt wird von den Beobachtern auch Hyperästhesie angegeben. Die Nervenstämme sind nicht druckempfindlich. Es bestehen keinerlei Lähmungen oder Paresen; die beschriebene Ungeschicklichkeit und Unfähigkeit zu feineren Bewegungen dürfte wohl auf die sensible Störung zu beziehen sein. Die Reflexe sind normal.

Eine Bereicherung erfährt das ziemlich eintönige Symptomenbild durch die schon bei Nothnagel beschriebenen vasomotorischen Störungen. Gleichzeitig mit den Parästhesien wird die Haut der Finger oder der ganzen Hand blaß, „die Finger werden weiß, kalt, sterben ab“, wie die Kranken diese Erscheinung in ganz charakteristischer Weise beschreiben. Nothnagel sah dieses Symptom bei seiner vasomotorischen Neurose als das pathognomische Zeichen, das Wesentliche des ganzen Prozesses an. Nachdem heute ein größeres Beobachtungsmaterial vorliegt, in welchem diese lokale Synkope nur ausnahmsweise vertreten ist, müßte man die Akroparästhesien ohne solche vasomotorische Erscheinungen von der Nothnagel'schen Neurose abtrennen. Obwohl eine derartige Sonderung bei der sonstigen ätiologischen und klinischen Analogie der beiden Formen als eine künstliche erscheinen würde, ist es doch wohl richtiger, die Akroparästhesien mit Erblassung der Finger den übrigen Formen der Akroparästhesie gegenüberzustellen, ohne jedoch damit einen völligen Gegensatz der beiden Typen auszusprechen. Allerdings sind dann die Fälle ersterer Art weitaus die selteneren. v. Frankl konnte sich in keinem seiner 29 Fälle von dem Bestehen des Symptoms überzeugen oder positive Berichte von Seiten der Kranken darüber erlangen. Cassirer sah unter 42 Fällen fünfmal analoge Störungen. In einem seiner Fälle folgte der Blässe und Kälte der Finger eine reaktive kongestive Rötung mit Brennen, doch waren diese vasomotorischen Attaken zeitlich von den Anfällen der Parästhesie getrennt, indem die letzteren typisch des Morgens auftraten, die ersteren am Tage, und zwar manchmal wiederholt erschienen. Unter meinen Beobachtungen wurde nur zweimal dieser Erscheinung Erwähnung getan, und zwar beidemale die Gleichzeitigkeit mit den parästhetischen Anfällen, namentlich des Morgens, betont. In dem einen Fall ist die ganze Hand des Morgens blaß, in dem anderen sind nur die Finger kalt und weiß.

Rötung oder Zyanose im Anfalle scheinen sehr seltene Symptome zu sein. Cassirer berichtet über keine derartige eigene Beobachtung.

Einen sonderbaren, doch wohl nicht in die Gruppe der typischen Akroparästhesien gehörigen Fall

konnte ich sehen. Bei einer 56jährigen Dame trat, so wie sie den Vorderarm längere Zeit, z. B. beim Halten eines Buches, beim Aufstützen des Kopfes, in der gleichen Lage hielt, intensive Zyanose der ganzen Hand, verbunden mit Parästhesien in den Fingerspitzen auf. Rechts waren die Symptome stets intensiver und auch leichter hervorzurufen als links. Es bestand keinerlei organische Anomalie, mit Ausnahme einer Struma, doch war dieselbe sicherlich nicht ausreichend, um eine anatomische Behinderung des Abflusses der Vena subclavia zu bedingen.

Eine andere sehr interessante Erscheinung, die manchmal bei der Akroparästhesie angetroffen wird, ist das angioneurotische Oedem, welches von Cassirer in drei Fällen beobachtet wurde. Auch unter meinen Beobachtungen finden sich zwei, wo akut einsetzende Akroparästhesien von schmerzloser Schwellung begleitet waren. Im ersten Falle erstreckte sich dieselbe über den ganzen Handrücken, gleichzeitig waren die Finger livid verfärbt. Im anderen Falle war eine blasse Schwellung der befallenen Finger und teigiges leichtes Oedem des Handrückens vorhanden. Beidemale hatte die Affektion mit reißenden Schmerzen in der befallenen Hand begonnen, welchen die Schwellung und Parästhesien folgten. Anamnestisch ließ sich über das eventuell schon früher einmal aufgetretene Oedem nichts eruieren.

Der Verlauf des Leidens ist bei Betrachtung eines größeren Beobachtungsmaterials nicht immer gleichartig. Vor allem heben sich diejenigen Fälle von dem gewöhnlichen Krankheitsbilde ab, welche einen akuten, manchmal geradezu plötzlichen Beginn aufweisen. Während in der Mehrzahl der Fälle die Kranken mit der Klage über lange, oft Jahre bestehende Parästhesien zum Arzte kommen, ohne sich an einen eigentlichen deutlichen Anfang des Leidens erinnern zu können, trifft man hie und da auf Anamnesen, die genau über das Einsetzen des Leidens Auskunft geben. So verfüge ich über eine Beobachtung, wo die Kranke Tag und Stunde der ersten Symptome genau angibt. Eine 22jährige Köchin fühlte vor sieben Tagen plötzlich nach dem Wäschewaschen reißende Schmerzen in der rechten Hand, an welche sich die akroparästhetischen Symptome, rechts stärker entwickelt als links, anschlossen. Seitdem bestehen die Erscheinungen in typischer Weise fort. Es bestehen keinerlei Symptome einer organischen Affektion irgend eines Armnerven. Unter geeigneter Therapie schwand das Leiden im Verlaufe von einigen Wochen. In einem zweiten Falle, bei einer 78jährigen Frau, seit 25 Jahren Wäscherin, stellten sich vor vier Wochen reißende Schmerzen in der rechten Hand, bis auf den Vorderarm reichend, ein. Seit 14 Tagen spürt sie ein pelziges prickelndes Gefühl in den Fingerspitzen, sowie Steifigkeit der Finger. Die Parästhesien und Steifigkeit treten namentlich nachts auf und steigern sich gegen den Morgen zu. Die Beschwerden steigern sich bei Berührung mit kaltem Wasser, während warmes Wasser ohne Einfluß bleibt. Gebrauch der Hand verringert die Parästhesien: der Handrücken, ebenso auch die Finger livid verfärbt, geschwellt, namentlich an ersterer Stelle die Schwellung deutlich als Oedem zu erkennen. Es besteht keinerlei Schmerzhaftigkeit bei Berührung oder Druck. Außer einer deutlichen Arteriosklerose beider Radialarterien und den Zeichen der Arteriosklerose der Aorta keinerlei organische Veränderungen. Die linke Hand ist vollkommen frei. Momentane Besserung nach Faradisation. Nach einigen elektrischen Sitzungen und Handbädern Beschwerden und Schwellung verschwunden. Trotz der Schwellung muß ich nach Art der Beschwerden, Verlauf und Einfluß der Theraphie, den Fall zu den Akroparästhesien rechnen. Die Beobachtung ist jedoch gewiß eine sehr merkwürdige, indem hier akuter Beginn, vasomotorische Symptome (Oedem!) und besonders hohes Alter der Kranken — also drei durchwegs seltene Umstände — zusammentreffen. Auch ist ein dritter Fall diesem sehr ähnlich, wo vor zwei Monaten „rheumatische" Schmerzen in den Fingern auftraten und seitdem die rechte Hand in Gefühl und Beweglichkeit nicht frei ist. Namentlich des Morgens sind die Finger klammig, steif und blaß. Auch hier war eine leichte ödematöse Schwellung an Handrücken und Dorsalseite der Finger zu konstatieren. Dabei

bestehen Zeichen der Arteriosklerose und Mitralinsuffizienz (wahrscheinlich auf atheromatöser Basis). Fälle, in welchen das Leiden seit mehreren Monaten ohne genauer präzisiertem Anfang besteht, bilden dann den Uebergang zu jenen häufigsten, allmählich entwickelten und lange Zeit, oft viele Jahre, bestehenden Affektionen. Diese akuten Formen sind aber, wie die drei Beispiele lehren, nicht nur durch den plötzlichen Beginn, sondern auch durch die initialen Symptome von den chronischen unterschieden, indem in allen dreien reißende Schmerzen die Erkrankung einleiten, welchen erst die Parästhesien folgen. In den sonst beschriebenen Fällen eines akuten Einsetzens der Akroparästhesie (Oppenheim, Friedmann) fehlt allerdings dieses Symptom, doch haben die beiden Beobachtungen mit den meinen die rasche Heilung des Zustandes gemeinsam. In den Fällen von Oppenheim und von Friedmann handelt es sich um Männer; in beiden Beobachtungen trat die Erkrankung nach thermischer Schädlichkeit auf. Unter meinen drei Fällen ist nur in dem ersten eine solche Aetiologie nachweisbar. Im zweiten ist zwar die Kranke seit 25 Jahren mit Wäschewaschen beschäftigt, hat jedoch bis zu dem gegebenen Zeitpunkt niemals über Parästhesien geklagt. Ebensowenig läßt sich im dritten Falle eine momentan wirksame Schädlichkeit eruieren. Sehr merkwürdig ist das akute Einsetzen der Akroparästhesien nach Exstirpation des Uterus (Cassirer). Zwei Monate nach der Operation strengt sich die Kranke beim Plätten an und erkrankt in derselben Nacht an typischen Akroparästhesien, doch war hier der Verlauf des weiteren ein eminent chronischer, welcher mehrmonatliche Behandlung bis zu einer bescheidenen Besserung bedurfte.

In den meisten Fällen beginnt das Leiden ganz allmählich und nimmt auch einen eminent chronischen Verlauf. Gewöhnlich dauert es viele Jahre, vielmehr das ganze weitere Leben an und wird nur selten durch Perioden der Besserung unterbrochen. Nur die akut einsetzenden Fälle pflegen, wie erwähnt, manchmal rasch wieder zu schwinden oder doch wenigstens bald sich wesentlich zu bessern. Ferner muß ich hervorheben, daß sehr leichte Fälle, da man wohl als rudimentäre bezeichnen kann, bei älteren Frauen jeglichen Standes ungemein häufig sind. Meist beschränken sich dann die Parästhesien auf die Zeit des Einschlafens, erreichen keinen besonderen Grad und fehlt ihnen namentlich das Gefühl der Beweglichkeitseinschränkung, sowie die Reaktion auf Kältereize. Ja, oftmals sind die Beschwerden so gering, daß nur die direkte Frage des Arztes nach etwa vorhandenen Parästhesien zur Aufdeckung des Zustandes führt.

(Schluß folgt.)

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber die Diät bei Leberkrankheiten sprach Dr. Linossier in der Société de thérapeutique am 25. Februar 1904:

Die diätetische Behandlung der Lebererkrankungen hat zwei Hauptindikationen zu erfüllen: 1. die Schonung des Verdauungsapparates und 2. Einschränkung des Quantums der Nahrung. Einzuschränken ist die Fleischnahrung, am ehesten ist noch der Genuß von magerem Schinken und frischen Fischen zu gestatten. Milch kann unbedenklich gegeben werden und braucht nicht entrahmt zu sein. Bei ungestörter Verdauung können von Gemüsen Erbsen, grüne Bohnen, Kochsalat etc. gegeben werden, dagegen sind Kohl, Rüben etc. zu verbieten. Von mehligem Gemüse und Brot sind nur diejenigen mit reichem Phosphorsäuregehalt (der Asche) schädlich. Kartoffeln sind unschädlich. Alkalische Mineralwässer leisten bei hochgradiger Säurebildung im Organismus

gute Dienste. Kaffee ist in mäßiger Menge gestattet. Schokolade wegen ihres Gehaltes an Oxalsäure zu verbieten.

F. L.

Zur Behandlung der Herzkranken mit Adonis vernalis, als Ersatz der sogenannten chronischen Digitalis-Therapie. Von Dr. Mutterer.

Die Adonis vernalis wirkt ähnlich, wenn auch meist schwächer, wie die Digitalis; sie hat aber vor letzterer den Vorteil des Mangels unangenehmer Nebenwirkungen, speziell kumulativer Art. Sie eignet sich daher vornehmlich für einen lang anhaltenden regelmäßigen Gebrauch, besonders wo man die Digitalis aus irgend einem Grunde nicht anzuwenden wünscht, sei es, um eine Abstumpfung gegen dieselbe durch häufige Darreichung zu vermeiden oder um eventueller Gefahr des Eintretens von Kumulationserscheinungen vorzubeugen. Als Anwendungsform empfiehlt sich das Infus, das man gegebenenfalls durch die Kranken selbst bereiten lassen kann; dabei sind in der Regel kleinere Dosen (3—4 g auf 200, zweistündlich einen Eßlöffel) ausreichend. — (Die Therapie d. Gegenw. Nr. 10, 1904.) F. L.

Neues über Pneumonie. Von Dr. Meyer in Bernstadt.

Vf. kommt auf Grund seiner Ausführungen und einer früheren Arbeit zu folgenden Ergebnissen: 1. Die Pneumonie steht hinsichtlich Entstehung und Verlauf in enger Beziehung zur Darmfunktion, bezw. zu der bei gewissen Formen der Verlangsamung der Darmtätigkeit eintretenden Bildung von Toxalbuminen. 2. Es gelingt, diese Toxalbuminbildung durch Darreichung der Mittelsalze (als Bitterwasser oder Sanosal) auszuschalten. 3. Für hartnäckige Fälle (und bei vermuteter starker Toxinanwesenheit) empfiehlt sich vor der Mittelsalzdarreichung eine ein- bis zweimalige größere Kalomelgabe. 4. Als bestes Prophylaktikum gegen die Neigung zu Erkrankungen des Lungengewebes dürfte sich eine fortgesetzte morgendliche Darmreinigung mittels kleiner Dosen von Mittelsalzlösungen empfehlen. — (Die ärztl. Praxis Nr. 13, 1904.) F. L.

Einiges über Unterleibstyphus. Von Prof. W. Ebstein in Göttingen. (Nach einem Vortrag.)

Von Interesse sind die Auslassungen des Vf. über den Gebrauch des Kalomels beim Typhus. Im allgemeinen, sagt er, wird das Kalomel in Dosen von 0·3—0·5, in mehrere Einzeldosen von 0·1 zerlegt, für eine Art kausaler Therapie angesehen, wodurch man imstande sei, das noch im Darm lokalisierte Gift aus demselben zu eliminieren und auf diese Weise den Typhusverlauf milder zu gestalten. Vf. ist dieser Kalomelanwendung, die er vor vielen Jahren schon bewährt fand, treu geblieben und hat, um den Wert, bezw. die Schädlichkeit des Kalomels beim Typhus zu erproben, einmal eine größere Zahl von Typhuskranken während der ganzen Krankheitsdauer mit Kalomel behandelt. Es schien ihm, als würde die Rekonvaleszenz dadurch etwas protrahierter, geschadet hat es nicht. Ebstein hält die Anwendung des Kalomels in der angegebenen Weise und Zeit für ein durchaus rationelles und nützliches Verfahren. — (Die ärztl. Praxis Nr. 15, 1904.) F. L.

Ueber Aerophagie (Eructatio nervosa) und deren Behandlung. Von Dr. M. Pickardt in Berlin.

Von den Ausführungen verdient nur der therapeutische Teil eine Berichterstattung. Die Therapie des nervösen Aufstoßens ist die der funktionellen Neurosen. In schwereren Fällen wirkt eine Ortsveränderung günstig, ferner warme protrahierte Bäder: 29°, 20 Minuten lang, zwei bis dreimal wöchentlich, eventuell mit Zusatz von einer Flasche Kiefernadelessenz. Auch kohlensaure Bäder, die jetzt bequem in jeder Haushaltung zu bereiten sind, sind empfehlenswert. Der allgemeinen Körpermassage und Kaltwasserprozeduren kann Vf. nicht das Wort reden, dagegen ist die Anwendung der Elektrizität ein souveränes Mittel in der Bekämpfung dieser wie anderer funktioneller Neurosen. Vf. wendet fast aus-

schließlich den induzierten Strom an (endofaradisch). Man bedient sich dabei am besten eines Magenschlauches, in dem eine Metallspirale kachiert ist. Das obere Ende besitzt eine einfache Vorrichtung zur Verbindung mit einem Kabel, das anderseits mit einem Induktionsapparat in Konnex steht. Der so armierte Schlauch wird von dem Patienten geschluckt. Eine zweite Elektrode — große Platte — liegt auf dem Sternum. Dauer der Sitzung 5—10 Minuten.

Medikamentös empfiehlt Vf. Antinervina und Sedativa. Am wertvollsten schienen ihm Belladonnapräparate, Skopolamin und besonders das Chloralhydrat. Rp.: Sol. Chloral. hydrat. 5·0:25·0, S.: 20—30 Tropfen 4—5mal pro die zu nehmen in Wasser oder Zuckerwasser. — (Die ärztl. Praxis Nr. 19, 1904.) F. L.

Physiologische und therapeutische Erfahrungen mit dem organischen Phosphor, insbesondere mit „Phytin". Von Dr. Julius Loewenheim in Berlin.

Dr. Posternak in Paris stellte aus den verschiedenen vegetabilischen Produkten ein neues organisches Phosphorpräparat dar, das außerordentlich häufig in der Natur verbreitet ist und dem er den Handelsnamen „Phytin" gab. Es ist in allen Samen, Knollen, Wurzeln etc. als unabhängiger Phosphor-Reservestoff abgelagert und ist zur Entwicklung des pflanzlichen Embryos bestimmt.

Die Samen enthalten keine nennenswerten Mengen von unorganischen Phosphaten; der Phosphor befindet sich in denselben zu 70—90 % des gesamten Phosphorgehaltes als Phytin. Dasselbe hat die Konstitution eines Salzes der Anhydrooxymethylen-Diphosphorsäure, deren Formel $C_2 H_8 P_2 O_9$ ist, und deren Gehalt an Phosphor demnach 26·08 % in organischer Bindung beträgt.

Das Phytin stellt ein weißes, nicht riechendes, fast geschmackloses Pulver dar, das sich in Wasser löst und sich ohne Widerwillen lange Zeit hindurch nehmen läßt. Es wird in kleinen, 0·25 g Phytin enthaltenden Gelatinkapseln in den Handel gebracht.

Da die von Gilbert und Posternak mit Phytin angestellten Untersuchungen eine auffallende Vermehrung der Stickstoffausscheidung erkennen ließen, und zur Annahme berechtigten, daß diese Wirkung in einer Anregung der normalen Ernährung der Zellen besteht, entschloß sich Vf., das Präparat bei jenen Krankheiten anzuwenden, bei denen der Stoffwechsel ganz besonders darniederliegt und bei denen von einer Phosphorretention im Körper wesentliche Vorteile zu erwarten waren. Zuerst wurde das Phytin bei Rhachitis gegegeben. Vf. illustriert die gute Wirkung des Mittels bei dieser Krankheit durch kurze Mitteilung der Krankengeschichten dreier Fälle. Ferner verzeichnete Vf. gute Erfolge bei Neurasthenie und insbesonders bei schwächlichen, blutarmen Kranken, bei denen bereits früher erfolglose Behandlung mit Eisenpräparaten angewendet worden war. Lungenkranke konnten durch Darreichung von Phytin in einen besseren Ernährungszustand versetzt werden. Schließlich sei noch erwähnt, daß Kranke, die an sexueller Schwäche auf neurasthenischer Grundlage litten, nach längerer Phytinmedikation eine Steigerung ihrer Potenz beobachteten. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 47, 1904.) Laub.

Zur Technik der Bandwurmkuren. Von Dr. J. Boas in Berlin.

Vf. hebt hervor, daß das Extractum Filicis maris noch immer das beste und zuverlässigste Bandwurmmittel ist, das wir besitzen. Nur muß die Bandwurmkur technisch so gehandhabt werden, daß das Mittel mit der Taenie möglichst lange Zeit in Berührung bleibt. Er verwirft die sogenannte Vorkur und ist gegen ein zugleich mit dem Bandwurmmittel gereichtes Abführmittel, da dasselbe die giftige Wirkung des Medikaments paralysiert.

Vf. gibt das Abführmittel erst möglichst lange Zeit, d. h. frühestens 6 Stunden nach Einnahme des Mittels. Vf. hält die Dosis (für Erwachsene) von 5—8 g für völlig ausreichend. Als Abführmittel empfiehlt er die Bitterwässer; Rizinusöl möchte er, mit Rücksicht auf etwaige

Giftwirkung der bei Gegenwart von fetten Oelen leichter erfolgenden Resorption der Filizinsäure aus der Bandwurmtherapie verbannt wissen. — (Therap. Monatsh., H. 12, 1904.) Laub.

Ueber Nachtschweiße bei Lungentuberkulose und deren Bekämpfung, insbesondere durch Veronal. Von Dr. Hellmuth Ulrici.

Zur Bekämpfung der Nachtschweiße hat Vf. das als Schlafmittel so sehr geschätzte Veronal in mehr als 30 Fällen angewendet, fast immer erfolgreich. Er gab das Veronal abends vor dem Schlafengehen, für gewöhnlich 0·30 g. Das erste Pulver wirkte meist kaum, beim zweiten pflegte der Nachtschweiß wesentlich geringer zu sein, nach dem dritten blieb er gewöhnlich ganz aus; zuweilen läßt die Wirkung noch etwas länger auf sich warten. Einigemale war Vf. genötigt, die Dosis bis 0·5, ja 0·6, zu steigern; es handelte sich um kräftige Männer, die in erheblichem Grade Potatoren waren.

Wenn nach einigen Pulvern, in der Regel nach drei, der Patient gar nicht mehr schwitzte, so wurde das Veronal ausgesetzt. Mitunter blieben die Schweiße ganz weg; häufig traten sie nach einer oder mehren Wochen wieder auf und waren dann ebenso leicht durch Veronal zu beseitigen. — (Therap. Monatsh., H. 12, 1904.) Laub.

Urotropin als Prophylaktikum gegen Scharlach-Nephritis. Von Dr. K. Patschkowski. (Aus der inneren Abteilung des Charlottenburger städt. Krankenhauses; dir. Arzt: Prof. Grawitz.)

Das Urotropin wurde in 52 Scharlachfällen gegeben. Alle diese Fälle gehörten einer äußerst bösartigen Epidemie an. Von diesen 52 Fällen wurde bei 8 das Urotropin 10—21 Tage lang hintereinander in Dosen von 0·25 bei Kindern und 0·5 bei Erwachsenen dreimal täglich gegeben. In den übrigen 44 Fällen erhielten die Patienten das Mittel dreimal je vier Tage lang mit bestimmten Unterbrechungen in denselben Dosen. Es bekamen im ganzen zwei Patienten Nephritis, und zwar einer vom 12. bis 23. Tage und einer vom 22. Tage an. Bei letzterem bestand am 40. Krankheitstage noch leichte Albuminurie.

Eine schädliche Wirkung des Urotropins konnte in keinem Falle beobachtet werden. (Therap. Monatsh., H. 12, 1904.) Laub.

Ueber die Serumbehandlung des Abdominaltyphus. Von Prof. Dr. Max Einhorn in New-York.

Vf. berichtet über seine Erfahrungen, die er mit dem vom Berner Gesundheitsamte hergestellten Jez'schen Antityphoidserum bei der Behandlung des Typhus gemacht hatte. Es wurden, sobald die Diagnose festgestellt war (in der Regel wartete Vf., bis Widals Reaktion vorhanden war), täglich 6—12 cm³ Serum eingespritzt, bis die Temperatur unter 38° blieb. Für diese Behandlungsmethode wurden sämtliche mittelschweren und schweren Typhusfälle, welche im Beth Israel Hospitale zur Beobachtung kamen, gewählt; leichte Fälle wurden der Serumbehandlung nicht unterworfen.

Die Resultate lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Eine Abkürzung der Krankheitsdauer scheint in den meisten Fällen nicht stattgefunden zu haben.

2. Entweder am Tage nach der ersten oder nach der zweiten Einspritzung tritt in der Regel eine starke Fieberremission ein: dieselbe ist um 1—2° F. größer, als die vorhergehenden Temperatursenkungen, und hält auch länger an. Der Allgemeinzustand und im speziellen das Sensorium und die nervösen Symptome zeigen eine bedeutende Besserung, so daß manche schwere Erscheinungen, wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Unruhe, Delirien beinahe ganz verschwinden. — (Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie, B. 8, 1904.) Laub.

Beitrag zum therapeutischen Wert des Griserins. Von Dr. Schomburg. (Aus der inneren Abteilung der städt. Krankenhausanstalt in Bremen; Direktor Dr. Stoevesandt.)

Vf. hat 12 Fälle von Tuberkulose mit Griserin behandelt und hat eine günstige Einwirkung desselben auf tuberkulöse

Prozesse irgend welcher Form auch nach wochenlanger Darreichung nicht beobachten können. Wohl aber bewirkt das Mittel fast konstant eine Darmreizung, die von den meisten allerdings gut vertragen wird, häufig indes zu stärkeren Durchfällen Veranlassung gibt. Auch Professor Petruschky hat auf experimentellem Wege den Nachweis geliefert, daß das Griserin keineswegs die ihm zugesprochene Fähigkeit der innerlichen Desinfetkion besitzt. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 1, 1905.) Laub.

Ueber Heilung und Latenz des Diabetes mellitus. Von H. Leo. (Aus der med. Univ.-Poliklinik zu Bonn.)

31jähriger Diabetiker, bei dem die Krankheit zuerst vor 3 Jahren konstatiert wurde, der dann nach geeigneter Behandlung trotz beliebiger Diät keinen Zucker ausschied, zeigte im Dezember 1903 wieder die ausgesprochenen Erscheinungen des Diabetes. Die in 24 Stunden ausgeschiedene Zuckermenge betrug 225 g bei einer Urinmenge von 3750 cm^3 mit 6% Zucker. Bei entsprechendem antidiabetischen Beginne verlor sich der Zucker, und es ist bemerkenswert, daß die Assimilationfähigkeit für Kohlehydrate sich in der Folge in so auffälliger Weise steigerte, daß der Patient beliebig große Mengen Kohlehydrate zu sich nehmen konnte, ohne mit Zuckerausscheidungen darauf zu reagieren. Die Behandlung hatte lediglich in einer Karenz der Kohlehydratnahrung bestanden.

Ein ganzes Vierteljahr lang blieb der Patient völlig frei von Beschwerden und zeigte völlig normales Verhalten, trotzdem er sich keine Beschränkungen in der Diät auferlegte. Dann aber stellte sich wieder vermehrter Durst und Urindrang ein, und die Urinuntersuchung ergab wieder einen beträchtlichen Zuckergehalt.

Vf. glaubt nicht, daß in diesem und analogen Fällen eine wirklich völlige Ausmerzung der Krankheit stattgefunden hat, sondern ist der Meinung, daß sie nur in besonders hohem Grade latent geworden ist, so daß selbst exzessiv gesteigerte Stärkemengen in der Nahrung die für uns erkennbaren Erscheinungen des Diabetes nicht auszulösen vermögen. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 50, 1904.) Laub.

Physikalische Therapie.

Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. Von Paravicini in Zürich.

Man kann wohl von keinem vernünftigen Arzt verlangen, auf Digitalis, Narkotika, Anästhetika, Abführmittel, Chinin-, Eisen-, Arsen-, Jod- und Quecksilberpräparate zu verzichten und sie durch physikalische Maßnahmen zu ersetzen, aber ergänzen sollen sich innere und äußere Medikation, wie sich Chirurgie und innere Medizin ergänzen müssen. Diese beiden dürfen auch nicht stolz auf ihre bescheideneren Bundesgenossen, die physikalische und diätetische Therapie, die merkwürdigerweise immer als die nächsten Verwandten gelten, herabsehen, sondern sie müssen ihnen bloß die richtige Stellung im gemeinsamen Kampfe anweisen, die führende Rolle übernimmt jeweilen im Einzelfalle der Stärkste. In einer großen Zahl von Fällen ist aber der Schwächere stark genug und er hat den Vorzug der Harmlosigkeit. Diese ist freilich nur relativ. Auch physikalische Prozeduren können unter Umständen recht eingreifend wirken und der Vorschlag, der kürzlich in einer ärztlichen Versammlung gehört wurde, der Arzt solle, um Zeit zu gewinnen oder ut aliquid fiat, dem ungeduldigen Patienten etwa eine Dusche, einen Wickel oder ein Sonnenbad verabreichen lassen, hat sein Bedenkliches.

An der Spitze der physikalischen Heilmethoden marschiert die Hydrotherapie. Im folgenden sollen die hydrotherapeutischen Maßnahmen kurz hervorgehoben werden, die sich in die allgemeine Praxis ohne Umstände einfügen lassen.

Die bloße Abwaschung mittels Schwamm oder Tuch, die sich auf den ganzen Körper oder nur auf einzelne Teile erstreckt, kann schon, je nach ihrer Dauer, der Temperatur des Wassers und der Intensität des mit ihr verbundenen oder auf sie folgenden Frottierens sehr verschiedene Reizquanten dem Organis-

mus zuführen. Die kurze, kalte morgendliche Abwaschung ist ein vorzügliches prophylaktisches Mittel, der Kältereiz bringt anfangs die oberflächlichen Blutgefäße zur Kontraktion, welche nachher von sogenannter reaktiver Erweiterung gefolgt ist. Das bedeutet gewissermaßen eine Gymnastik der glatten Gefäßmuskeln, welche so gewöhnt werden, auch auf stärkere Schwankungen der Temperatur prompt und zweckmäßig zu antworten. Wo die erwähnte und ähnliche abhärtende Maßregeln bei Kindern angewendet werden, ist zur Zeit eher vor Uebertreibung zu warnen, wie aus Heckers beachtenswerten Beobachtungen hervorgeht, die auch durch die Krebs'sche Kontroverse nicht entwertet werden. Intensiver als die Abwaschungen wirken die Uebergießungen; die Improvisation der Dusche mit der Gießkanne bleibt zwar immer unvollständig, da sich mit ihr nie die starken mechanischen Wirkungen unter hohem Druck stehenden Wassers erreichen lassen. Die in Druck und Temperatur regulierbaren, mit Vorliebe von der französischen Schule verwendeten Duschen sind die eleganteste, aber für die allgemeine Praxis am wenigsten zugängliche Form, fast allen Indikationen der Hydrotherapie zu genügen. Unersetzbar sind sie freilich nirgends. Viel eher sind es die kalten Bäder bei Typhus und anderen Infektionskrankheiten. Nur bei Kindern, deren Körperoberfläche im Verhältnis zum Körpervolumen größer ist und daher relativ mehr Wärme abgibt, können sie durch lose anliegende Wickel ersetzt werden, die so oft zu wechseln sind, als die Mastdarmtemperatur über 40° steigt, so oft also, als ein kaltes Bad indiziert wäre.

Eingang in die allgemeine Praxis verdient die Kreuzbinde. Große Ruhestellung des Brustkastens, Milderung des Hustenreizes, Lockerung des zähen Bronchialsekretes, beschleunigte Resorption allfälliger Exsudate empfehlen diese Brustpackungen. Wie alle ähnlichen Prozeduren, werden sie am besten durch Trockenreibung, bei kräftigeren Patienten durch kühle Waschungen oder Teilabreibungen der betreffenden Partien im nassen Tuche abgeschlossen. Einfach ist die Technik der Leibbinde und der Wadenwickel, wo wieder eine feuchte Umhüllung unter eine trockene zu liegen kommt. Im allgemeinen wird für Wickel Wasser von Zimmertemperatur benützt und die letztgenannten bleiben stundenlang liegen und entfalten eine beruhigende depletorische, dekongestionierende Fern- und Tiefenwirkung. Das Prototyp lokaler Kälteanwendung ist die Eisblase. Die Anwendung feuchter Kälte wird wegen ihrer geringeren Reizwirkung auf die Haut im allgemeinen von den Patienten angenehm empfunden, daher empfiehlt es sich, zwischen Haut und Eisblase ein nasses Tuch zu legen.

Komplizierter als die nun kurz besprochenen Teilpackungen und Umschläge, aber immerhin noch für die allgemeine Praxis verwendbar, sind die Teilbäder. Bei Sitzbädern empfiehlt es sich, die nicht im Wasser befindlichen Partien durch Lein- und Wolltücher zu schützen, bei kalten soll der Patient außerdem selber sein Abdomen reiben. Als spezifische Wirkung kommt den kalten Sitzbädern zu: Verdrängung des Blutes aus den Abdominalgefäßen und nachher vermehrter reaktiver Rückfluß; für die Innervation der Abdominalorgane sind kurze Kältereize erregend, beschleunigen also die Peristaltik und regen Uteruskontraktionen an, länger dauernde Kältereize wirken dagegen hemmend auf die motorische Sphäre ein, bewirken also eine Abnahme der Peristaltik. Winternitz benützt kalte Sitzbäder, d. h. solche von 10—20 und von 8—30 Minuten Dauer mit Erfolg bei hartnäckiger Diarrhöe. Warme Sitzbäder beruhigen, stillen Krampf und Schmerz. Als Schlafmittel können jedoch wegen ihrer ableitenden Wirkung auch kurze, kalte Sitzbäder verordnet werden. Schlaflose Leute setzen sich am Abend oder wenn sie aufwachen, für $^1/_2$—1 Minute in die mit Wasser von Zimmertemperatur gefüllte Wanne und kehren schwach abgetrocknet ins Bett zurück. Die Dekongestionierung erfolgt erst durch die Reaktion. Dasselbe ist der Fall bei kurzen kalten Fußbädern, die zum gleichen Zweck Verwendung finden können und deren Wirkung ein kalter Kopfumschlag erhöht. Sie sind im allge-

meinen so lange fortzusetzen, bis die Füße rot werden. Die fließenden Fußbäder, bei denen sich eine mechanische Wirkung reaktionsbefördernd hinzugesellt, können durch Wassertreten oder durch Frottieren der Füße im Fußbade ersetzt werden, die wechselwarmen, schottischen, durch Benützung zweier nebeneinander stehender Wannen, von denen die eine kaltes, die andere warmes Wasser enthält. Durch ein- bis mehrmaliges Wechseln der kalten mit der warmen Wanne wird die erhöhte Wirkung einer größeren Temperaturdifferenz als der gewöhnlich erhältlichen auf Nerven und Gefäße erreicht. Hautreizende Zustände, Senfmehl, Lauge, Pottasche oder Kali caustic. sicc. dienen hauptsächlich zur Verstärkung des dekongestionierenden Einflusses warmer Fußbäder. Aehnlich würde, allerdings indirekt, durch Erzeugung einer starken Reaktion, das Reiben der Füße mit Schnee wirken. Der bekannte, wohl reflektorisch bedingte Urindrang, den das Eintauchen der Extremitäten in kaltes Wasser bedingt, kann zur Erleichterung des Urinierens an Stelle der sonst oft probaten, aber eben mit Umständen verbundenen warmen Bädern benützt werden. — (Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nov. 1903.) Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Ueber die Versorgung des Bruchsackes bei der Radikaloperation von Leistenhernien. Von Dozent Dr. Bunge.

An der Klinik Prof. Garrés wird seit vier Jahren eine Modifikation in der Versorgung des Bruchsackes geübt, die die Operation abkürzt und die Aussichten auf eine Heilung per primam steigert. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß es nicht notwendig ist, den Bruchsack ganz zu entfernen, und es hat sich daher zur Versorgung des zurückgelassenen Bruchsackes oder der Reste des Bruchsackes ein Verfahren herausgebildet, das dem Winkelmann'schen Verfahren der Hydrokelenoperation ähnlich ist.

Bei angeborenen Hernien wird der Bruchsackhals an einer in der Nähe der Apertura interna gelegenen Stelle von dem Samenstrange separiert — was hier sehr leicht geschehen kann — und hoch oben mittels einer Tabakbeutelnaht geschlossen. Der Bruchsack wird nun auf diese Weise versorgt, daß am unteren Pole desselben ein kleiner Schlitz gemacht wird, durch denselben der Hoden (ähnlich wie bei der Winkelmann'schen Operation) evertiert wird. Der Schlitz wird so verkleinert, daß der Hoden nicht zurückschlüpfen kann. Die Verengerung des Leistenkanals geschieht entweder mit Pfeilernähten oder nach Bassini.

Bei Erwachsenen wird aus der vorderen Fläche des Bruchsackes ein schmälerer oder breiterer Streifen der Serosa reseziert und der Rest des Bruchsackes nach rückwärts umgeschlagen und zur mantelförmigen Umnähung des Samenstranges verwendet.

Von besonderer Wichtigkeit erscheint dem Vf. behufs Vermeidung des Rezidivs die Notwendigkeit, den zurückbleibenden Teil des Bruchsackes vom Bruchsackhals quer abzutrennen, damit das Gebilde, das im Leistenkanal liegen bleibt, nicht zu voluminös ist.

Die endgiltige Heilung erklärt sich Vf. dadurch, daß die Serosa ihr Sekret in das lockere Zellgewebe ergießt; als Beweis dafür gilt die bei der Winkelmannschen Operation und bei der oben geschilderten Versorgung des Bruchsackes einige Tage nach der Operation auftretende seröse Durchtränkung der Skrotalhaut. Im Laufe der Zeit verödet dann die Sekretion. — Vf. war in der Lage, in den letzten vier Jahren 50mal den Bruchsack ganz oder teilweise zurückzulassen, und zwar 28mal bei angeborenen Hernien von Kindern und 22mal bei erworbenen Hernien von Erwachsenen, ohne daß Störungen in der Heilung oder eine Verschlechterung des Dauerresultats eingetreten wäre. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 43, H. 3.) E.

Ueber Enterostomie bei Darmverschluß durch Peritonitis. Von Dr. Ludwig Busch.

Vf. teilt aus der Klinik Prof. Heidenhain neuerlich zwei Fälle mit, bei welchen die mehrfach angelegte Enterostomie am Dünndarm oberhalb des Hin-



dernisses auf den Verlauf der Peritonitis, die den entzündlichen Darmverschluß herbeigeführt hatte, einen ausgezeichneten Erfolg hatte.

Im ersten Falle schloß sich an die Operation einer Dickdarmtorsion eine fibrinös-eitrige Peritonitis mit sehr heftiger Blähung des Dünndarmes an. Drei Dünndarmfisteln wurden notwendig, um endlich den Darm zu entleeren. Bald darauf erholte sich Patient; die Fisteln wurden dann operativ geschlossen.

Der zweite Fall ist noch interessanter. Hier kam es nach einer Appendizitisoperation infolge trockener adhäsiver Peritonitis zu einem so hochgradigen Meteorismus, daß der Dünndarm an zwei Stellen platzte, und trotzdem erholte sich Patient bald nach der Operation.

Die Technik Heidenkains ist sehr einfach; der Darm wird fortlaufend an das Peritoneum angenäht und dann eröffnet; die starke Blähung des Darmes drückt die Darmwand an das Peritoneum an und verhindert so Einfließen von Kot in die Bauchhöhle. In die Darmwunde wird ein Drain eingenäht, welcher an die Bauchhaut angenäht wird. Die Umgebung des Drains wird tamponiert. Zum Schutze der Bauchdecken gegen Beschmutzung und Ekzem haben sich dem Vf. sehr dick mit Zinkpasta bestrichene Tücher, die den ganzen Bauch bedecken, vorzüglich bewährt. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 74, H. 3 u. 4.) E.

Die Enterostomie in der Prophylaxe und der Therapie der Peritonitis. Von Dr. Gebhardt.

Im Krankenhause in Frauenfeld wurde in der letzten Zeit in allen Fällen von Peritonitis, bei welchen die Allgemeinintoxikation gedroht hat oder bereits entwickelt war, die Enterostomie mit gutem Resultate ausgeführt. Die Operation bezweckt einerseits die Ableitung der toxischen Substanzen aus dem Darme, deren Resorption auf den Organismus verderblicher wirkt als die Resorption der toxischen Substanzen aus der Peritonealhöhle; anderseits wird die Dehnung der Darmwand durch die Operation rasch beseitigt und damit ein für das Zustandekommen der Sepsis wichtiger Faktor ausgeschaltet. Es ist nämlich bewiesen, daß der gedehnte Darm für Bakterien aus dem Darmlumen durchgängiger ist als der normale; die Operation erzeugt daher auch diesbezüglich günstigere Verhältnisse.

Acht Fälle von Peritonitis, die so behandelt wurden, verliefen günstig. Die allgemein-septischen Erscheinungen gingen zurück und die Peritonitis heilte rasch ab. Die Indikation für die Operation geben: paralytischer Ileus (Peritonitis) und Darmverschluß mit unbekanntem oder nicht operativ zu beseitigendem Hindernis; weiters Ileus bei sehr heruntergekommenen Patienten, die eine eingreifende, zur Beseitigung des Hindernisses notwendige Operation nicht aushalten würden. Bei diesen Patienten wird dann, nachdem sie sich erholt haben, die notwendige Operation ausgeführt, und wie die Erfahrung zeigte, sind sie dann geeignet, auch schwere Eingriffe auszuhalten.

Die Technik der Operation ist eine leichte: es wird entweder in der Linea alba oder in der linken Iliakalgegend eine 3—4 cm lange Oeffnung in den Bauchdecken gemacht und die anliegende geblähte Dünndarmschlinge an die Bauchdecken angenäht. Eröffnung der Schlinge in querer Richtung; die Fistel soll klein sein; durch ein eingeführtes Drain werden die Kotmassen aus dem Darme entleert. Die Operation kann sehr leicht mit Lokalanästhesie in einigen Minuten ausgeführt werden. Wenn die Fistel klein war, schließt sie sich auch von selbst in einigen Wochen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 74, H. 1.) E.

Ueber Luxation des Nervus ulnaris. Von Dr. Haim.

Ein 16jähriger Schlossergehilfe fiel auf den rechten Ellbogen und hatte seit dieser Zeit Schmerzen im Ellbogen und intensive ausstrahlende Schmerzen im Ringfinger. Bei der fünf Tage nach der Verletzung vorgenommenen Untersuchung fand man die Grube zwischen Epicondylus internus und Olekranon, in welcher sonst der Nervus ulnaris zu liegen pflegt,

leer; der Nerv selbst nach innen vom Epikondylus. Auf der anderen, nicht verletzten Seite war der Nervus ulnaris auch sehr leicht verschieblich. Der Epicondylus medialis, dessen mangelhafte Ausbildung sonst für die Entstehung der Luxation verantwortlich gemacht wird, war in diesem Falle sogar stärker als normal entwickelt. Hingegen fand sich auf beiden Seiten ein gut ausgeprägter Cubitus valgus, welchen Vf. für ein disponierendes Moment für die Entstehung der Luxation hält.

Bei der Operation wurde der Nerv freigelegt, in die normale Lage gebracht und hier durch Annähen des umgebenden Bindegewebes an das Periost der Knochenrinne fixiert. Verband in Streckstellung, die nach 14 Tagen in Beugung überführt wurde. Nach drei Wochen Heilung ohne Beschwerden.

1½ Jahre später erschien Patient wieder und gab an, bei einer stärkeren Anstrengung wieder denselben Schmerz wie früher, aber diesmal im anderen Ellbogen verspürt zu haben. Bei der Beugung hatte er ausstrahlende Schmerzen im vierten und fünften Finger. Die Untersuchung ergab Luxation des Nerven auf der linken Seite. Bei der Operation wurde der Nerv in seinem Bette durch einen Aponeuroselappen fixiert. Heilung. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 74, H. 1 u. 2.) E.

Ohrenheilkunde.

Das Verhüten der Mittelohrentzündungen bei Scharlach und anderen akuten Infektionskrankheiten. Von Johann Rodlug.

Die Natur der Mittelohrentzündung bei Scharlach wird von verschiedenen Autoren verschieden beurteilt; die einen sehen in derselben eine Primärerkrankung, ein Exanthem auf der Schleimhaut des Mittelohres; in diesem Falle könnte sie nur verhütet werden durch dieselben Maßregeln, durch welche einer Scharlachinfektion vorgebeugt wird; andere dagegen sehen in derselben einen rein sekundären Prozeß, hervorgerufen durch die Invasion der Mikroben, speziell der Streptokokken vom Rachen aus; die dritte Ansicht, welche auch die richtige sein dürfte, kombiniert beide diese Annahmen in der Folgerung, daß die skarlatinöse Infektion die Mittelohrschleimhaut gegen den Angriff der einwandernden Mikroben minder widerstandskräftig macht. In diesen Fällen müßte der Desinfektion des Rachens die größte Sorgfalt zugewendet werden, und die meisten Autoren legen auch auf dieselbe besonderes Gewicht, in spezieller Hinsicht auf die unangenehme Komplikation der Mittelohrentzündung und deren Folgen. Besonders spielen hier Gurgelungen mit den verschiedensten desinfizierenden Mitteln eine große Rolle, doch hat es sich erwiesen, daß gerade die Wirkung der Gurgelungen sehr angezweifelt werden muß, da bei der üblichen Art des Gurgelns die desinfizierende Flüssigkeit selten dorthin gelangt, wo man ihrer bedarf, abgesehen davon, daß viele Kinder überhaupt zu gurgeln nicht verstehen. Vf. selbst machte vor einiger Zeit den Versuch, indem er bei gesundem Rachen die hintere Wand, die Tonsillen und vorderen Gaumenbogen rasch mit einer schwachen Tanno-Glyzerinlösung auspinselte und unmittelbar hernach die Versuchsperson mit einer schwachen Eisenchloridwasserlösung gurgeln ließ und hernach den Rachen besichtigte. Es zeigten sich hiebei regelmäßig bloß schwarze Punkte auf den vorderen Gaumenbogen, nie jedoch auf den Tonsillen oder der hinteren Rachenwand. Einspritzungen in den Rachen müssen nur mit sehr schwachen Lösungen vorgenommen und dementsprechend häufig wiederholt werden, wenn eine desinfizierende Wirkung erzielt werden soll; dies ist jedoch in der Kinderpraxis bei der Ungeberdigkeit der meisten kleinen Patienten schwer auszuführen. Pulverförmige Desinfektionsmittel, sofern sie keine schädlichen Beimengungen enthalten, wären daher in dieser Hinsicht von größter Bedeutung, da eine Einblasung rasch, schonend und wo immer leicht auszuführen ist. Pulvereinblasungen wurden dementsprechend bei verschiedenen Rachenaffektionen häufig empfohlen und namentlich über günstige Resultate bei den ver-

schiedenen Formen der Angina durch Einblasung von Sozojodolnatrium und Schwefel hat England im Jahre 1893 berichtet.

Rodling hat nun zu prophylaktischen Zwecken bei allen Scharlachfällen Einblasungen von Sozojodolnatrium 1 sulphur. sublim. 3 vorgenommen und hat schon im Jahre 1896 den Ausfall der Otitiskomplikation konstatieren können, doch war die Zahl der behandelten Fälle damals zu gering. Auffallender zeigte sich das Resultat in einer lokal begrenzten Epidemie im Distrikt Gysinge bei Stockholm. Diese Epidemie herrschte am Schlusse des Jahres 1896 und anfangs 1897 und betraf im ganzen 102 Fälle; von diesen wurden 60 Fälle vom Vf. selbst prophylaktisch mit Pulvereinblasungen vom Beginn der Krankheit ab derart behandelt, daß seitens des Pflegepersonals mit einem Pulverbläser vier- bis achtmal täglich das Pulvergemenge in den Rachen geblasen wurde. Von diesen 60 Kindern kam es nur bei zwei unter einem Jahre alten Kindern, von denen überdies das eine schon vorher einen Ohrenfluß hatte, zu einer leichten, einseitigen, purulenten Mittelohrentzündung, welche nach einigen Tagen unter entsprechender Behandlung sistierte. Die anderen 42 Fälle sah Vf. erst in einem späteren Stadium der Erkrankung gelegentlich der Dienstreise wegen der Epidemie, und von diesen 42 Kindern erkrankten fünf an purulenten Otitiden, darunter drei doppelseitig und sehr schwer. Unter den letzteren befindet sich ein Fall, dessen drei Geschwister ebenfalls an Scharlach erkrankten, jedoch prophylaktisch vom Beginn der Krankheit behandelt wurden und von jeder Komplikation frei blieben. Zusammengefaßt ist das Verhältnis derart, daß in ein und derselben Epidemie von 60 prophylaktisch mit Sozojodolnatrium-Schwefeleinblasungen behandelten Kindern zwei leichte Fälle von Otitis media, also 3·3%, auftraten, während von 42 nicht behandelten fünf, d. i. 11·9%, an Otitis, darunter drei sehr schwer erkrankten, ein Verhältnis, das gewiß beachtenswert ist. Auch die Nephritis befiel von den erstgenannten 60 zwei, von den 42 sieben Kinder; da die Nephritis gerne mit den Mittelohraffektionen Hand in Hand geht, möge auch dieses Verhältnis angeführt werden. Das Verfahren ist ein leichtes, das Pulvergemenge selbst riecht nicht unangenehm, und dasselbe wird den praktischen Aerzten zur Nachprüfung bestens empfohlen. — (Hygiea, Dezember 1904.)

Klemperer, Karlsbad.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Prinzipien und Gefahren der Abortbehandlung. Von Sellheim.

Vf. berichtet gelegentlich eines im Verein Freiburger Aerzte gehaltenen Vortrages über die Behandlung eines Abortes mittels Abortzange, wobei es zu einer Perforation des Uterus mit Zerfetzung eines 30 cm langen Stückes Dickdarm kam. Im Anschluß daran wirft Vf. die Frage auf, welche Methode der Abortbehandlung dem Praktiker zu empfehlen sei, damit er nicht von ähnlichem Mißgeschicke betroffen werde. Vf. steht auf konservativem Standpunkte und stellt als ersten Grundsatz der Behandlung des im Gange befindlichen Abortes exspektatives Verhalten hin. Nur stärkere Anämie, Retention von Eiresten und Infektion gestatten, hievon eine Ausnahme zu machen. Dabei ist stets im Auge zu behalten, daß alle Eingriffe bei der Abortbehandlung so schonend wie möglich gemacht werden müssen. Bei zweifelhafter Diagnose und zu erwartenden Schwierigkeiten empfiehlt Vf., Narkose vorzunehmen. Die Anwendung der Kornzange ist in weniger geübten Händen mit mannigfachen Gefahren verbunden und muß man sich vor Perforation des Uterus und Vorziehen einer Darmschlinge in der Praxis umsomehr hüten, als dieses Vorkommnis als ein direkt lebensgefährlicher Zustand angesehen werden muß. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1903.) Königstein.

Die Operation des Gebärmutterkrebses mittels des Paravaginalschnittes von Schuchardt. Von F. Schauta.

Vf. bekennt sich als Gegner des abdominellen Radikalverfahrens und begründet

dies damit, daß zwei von ihm nach dieser Methode operierte Karzinomfälle an den Folgen der Operation zugrunde gingen. Es war dies umso beklagenswerter, als die mikroskopische Untersuchung sowohl der bei der Operation entfernten als auch der belassenen Drüsen ergab, daß sie von Karzinom nicht ergriffen waren. Vf. legt besonderes Gewicht auf den Umstand, daß der Befund an den regionären Lymphdrüsen nicht konstant sei. Er verlangt daher von den Anhängern der radikalen Abdominaloperation den strikten Beweis, daß gerade jene Fälle rezidivfrei bleiben, bei denen karzinomatöse Drüsen entfernt wurden. Vf. betont, daß er vom Standpunkt des Operateurs einen Vergleich zwischen Mamma und Uteruskarzinom in operativer Hinsicht nicht zulassen könne und legt das Hauptgewicht auf die Entfernung der zunächst gelegenen Karzinometappe. Mithin wird eine ausgiebige Entfernung der Parametrien das Nächstliegende sein. Zu letzterem Vorgehen eignet sich nun in ganz ausgezeichneter Weise der von Schuchardt angegebene Paravaginalschnitt. Vf. selbst hat nach dieser Methode 30 Karzinomfälle operiert und hebt den Umstand hervor, daß sich unter diesen Fällen solche befanden, welche für andere Verfahren hätten als inoperabel erklärt werden müssen. Vf. hatte in den letzten sieben Jahren vor Anwendung des Paravaginalschnittes nach Schuchardt 14—15% operable Uteruskarzinome in seiner Klinik nach Einführung des Schuchardtschen Paravaginalschnittes operierte er 46·5% aller Fälle. Von den oberwähnten 30 nach Schuchardt operierten Karzinomfällen starben 5 Fälle. Vf. hat die von Schuchardt angegebene Technik in einigen wenigen Punkten modifiziert und geht auf folgende Weise vor: Nach vorausgeschickter Exkochleation und Paquelinisierung des Karzinoms erfolgt nochmalige peinlichste Desinfektion des Operationsterrains. Darauf folgt das Anlegen des paravaginalen Schnittes unter sorgfältigster Blutstillung. Hierauf wird die Vagina um die Portio herum manschettenförmig abpräpariert und dann die Scheidenmanschette über der Portio vernäht. Dann kommt die Ablösung der Blase, wobei besonders auf die Freilegung der an den Parametrien haftenden seitlichen Blasenzipfel zu achten ist, hinter denen die Ureteren liegen. Hierauf wird die Arteria uterina unterbunden, und zwar nach innen und oben vom Ureterschlitz im Ligamentum latum. Den Harnleitern ist bei der Operation ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Mitunter ist man vor die Notwendigkeit gestellt, dieselben aufs sorgfältigste herauszupräparieren, ja sogar zu resezieren. Vf. bezeichnet das Verhalten gegenüber den Ureteren als Punctum saliens der Karzinomoperation überhaupt. Unveränderte Adnexe können zurückbelassen werden. Sowohl die Peritonealhöhle als auch die durch den paravaginalen Schnitt bedingte Höhle sind zu drainieren. Die Gesamtbreite der entspannten Parametrien betrug an den entfernten Uteri zusammen mit der Zervix bis zu 120 mm. Von Nebenverletzungen hatte Vf. vier Blasen, drei Harnleiter und eine Mastdarmverletzung zu verzeichnen. Beim Vorhandensein von karzinomatösen Drüsen im Becken ist auch die Operation nach Schuchardt nur als ein palliatives Vorgehen anzusehen und leistet in der Entfernung der Parametrien ebensoviel wie die abdominale Methode. Vf. findet, daß zur Besserung der Operationsresultate eine sehr sorgfältige Auswahl der Fälle notwendig sei. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 15, H. 2.) Königstein.

Ueber die schnelle Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatatoriums von Bossi. Von Leopold.

Vf. bringt genaue Mitteilungen über zwölf Fälle, bei welchen in seinem Institute das Dilatatorium von Bossi in Anwendung gezogen wurde. Er ist des Lobes voll über seine ungefährliche und zuverlässige Wirkung und empfiehlt, gestützt auf seine diesbezüglichen günstigen Erfahrungen, das Instrument nicht bloß für die Institute, sondern vor allem für die Tasche des Geburtshelfers. Nach der Ansicht des Vf. scheint das Dilatatorium von Bossi berufen, die Gummiblasen, die in den verschiedensten Formen zur Erweite-

rung der Zervix verwendet werden, zu verdrängen. Letztere sind trotz aller möglichen Verbesserungen in ihrer Wirkung nicht verläßlich und haben vor allen anderen Mißständen den Nachteil, daß sie die Eihäute in beträchtlichem Umfange abheben und den vorliegenden Kindesteil verdrängen. Diese Uebelstände entfallen nun bei der Anwendung des Dilatatoriums von Bossi gänzlich. Von den 12 Fällen, die Vf. mitteilt, betrafen 7 Eklampsien, 1 Gravide mit heftigen Krämpfen der Gebärmutter, 1 hochgradig Phthisische, 2 Gebärende mit hochgradig verengtem Becken und 1 mit hohem Fieber. In allen Fällen gelang die Erweiterung mit dem Instrument in 20—30 Minuten. Dabei traten dreimal Zerreißungen des Kollum in ganz unerheblichem Grade ein. Letztere wurden leicht durch Naht vereinigt. Die 7 Eklamptischen erholten sich rasch und wurden völlig gesund entlassen. Die Beschreibung und Handhabung des Instruments wird vom Vf. genauest mitgeteilt. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 66, H. 1.)

Königstein.

Hat der Arzt, ohne sein moralisches Verantwortlichkeitsgefühl zu verletzen, heutzutage das Recht, die künstliche Frühgeburt einzuleiten oder die Embryotomie des lebenden Kindes auszuführen? Von Paul Bar.

Vf. greift vorerst den ersten Teil der aufgeworfenen Frage auf, kommt auf die diesbezüglichen Publikationen von Pinard zurück und nimmt gegen letztere Stellung. Pinard hat nämlich in den letzten Jahren zu wiederholtenmalen in dieser Frage das Wort ergriffen, und zwar in absolut verneinendem Sinne. Wie ja leicht einzusehen, blieben gegenteilige Meinungsäußerungen in dieser Frage nicht aus und steht Vf. ebenfalls auf der Seite der Gegner. Vf. steht auf dem Standpunkte, daß die Einleitung der künstlichen Frühgeburt große Vorzüge besitze und legt der Statistik von Pinard, nach welcher bei der künstlichen Frühgeburt mehr als 30% Kinder sterben, keine absolute Giltigkeit bei. Wenn man die Indikation für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt auf die Becken mit mehr als 8·6 Konjungata beschränkt, so erzielt man ganz augezeichnete Erfolge und auch die Aussichten für die spätere Entwicklung der Früchte sind gute. Wenn man sich vor Augen hält, daß die Symphyseotomie und Sectio caesarea immer Eingriffe schwerster Natur quoad vitam gravidae sind, denen gegenüber die Einleitung der künstlichen Frühgeburt mit 1% Mortalität der Mütter und einer geringen vorübergehenden Beeinträchtigung der Lebensfähigkeit der Kinder ein viel geringeres Risiko bietet, so wird man wohl mit Recht die künstliche Einleitung der Frühgeburt innerhalb gewisser Grenzen als Operation der Wahl anerkennen müssen. Bezüglich des zweiten Punktes der aufgeworfenen Frage, ob die Embryotomie des lebenden Kindes auszuführen ist, steht Vf. gegenüber anderen Autoren, welche dieselbe unter allen Umständen verwerfen, auf dem Standpunkte, daß dieselbe in manchen Fällen nicht umgangen werden kann. Wenn auch die Sectio caesarea heutzutage vom rein operativtechnischen Standpunkte als leichte Operation zu bezeichnen ist, so bleibt sie trotzdem ein lebensgefährlicher Eingriff und kann nur mit Aussicht auf gutem Erfolge vorgenommen werden, wenn die Kreißende vollkommen gesund ist und angenommen werden kann, daß keine infektiösen Keime in ihr deponiert wurden und wenn die Operation von geschulter Hand unter verläßlicher Asepsis vorgenommen wird. In einem Falle, wo die Geburt bereits seit längerer Zeit im Gange und das Fruchtwasser bereits abgeflossen ist, soll man nach vergeblichem Versuche, die Kreißende mit der Zange oder Wendung und Extraktion zu entbinden, nach Ansicht des Vf. mit ruhigem Gewissen die Embryotomie des lebenden Kindes vornehmen. Man kann dies umsomehr tun, als wenig Aussicht besteht, unter solchen Antezedentien ein lebendes Kind durch Sectio caesarea zu gewinnen oder wenn dies doch der Fall wäre, letzteres am Leben zu erhalten. Nun kann wohl in gewissen Fällen zur Symphyseotomie gegriffen werden. Allein sie darf nur gemacht werden bei Kreißenden, von denen anzunehmen ist, daß sie nicht infiziert sind und wenn die

Frucht noch lebensfrisch ist. Man muß sich striktest an diese Indikationen halten, wenn man die Sectio caesarea oder Symphyseotomie vornehmen will, sonst wird man böse Erfahrungen machen. Zum Beweis hiefür stellt Vf. die Resultate Pinards an der „Clinique Baudelocque", wo die Einleitung der künstlichen Frühgeburt und die Embryotomie des lebenden Kindes zu Gunsten der Sectio caesarea und Symphyseotomie verlassen ist, seinen eigenen am „Hôpital Saint-Antoine" vergleichend gegenüber. — (L'obstétrique, 7. Jahrg., H. 1 u. 2, 1903.)

Königstein.

Urologie.

Zur Abortivbehandlung der akuten Gonorrhöe. Von Prof. S. Bettmann in Heidelberg.

Nach einer kritischen Besprechung der bisher bekannten Methoden und der Erfolge der abortiven Gonorrhöebehandlung (der Pinselungen der Harnröhre mit 1 bis 5%igen Argentum nitricum-Lösungen Tarnowskys, der Massenwaschungen der Harnröhre mit Kaliumpermanganat Janet, den Pinselungen mit 4%igem Protargol nach Blaschko oder mit 2%igem Albargin) berichtet Vf. über sein Verfahren, mit 20%igen Protargollösungen die Harnröhre zu behandeln. Ein guter Teil des Erfolges hängt von der richtigen Zubereitung des Mittels ab, wofür der Vf. folgende Vorschriften gibt: 10 g Protargol werden auf 45 g kalten Wassers in einer ganz flachen Porzellanschale aufgeschichtet, stehen gelassen bis zur völligen Lösung unter Vermeidung jeder Berührung und jedes Schüttelns. Dann Zusatz von Glyzerin ad 100·0. Diese Lösung wurde anfangs in die Harnröhre injiziert; später wurden Pinselungen der Urethra mit derselben ausgeführt.

Die Pinselungen haben neben dem Vorteile der genauen Lokalisation noch die mechanische Einwirkung auf die Schleimhaut für sich. Vf. verwendet Haarfederkielpinsel, bei denen der obere Teil des Kieles durch eine Gummikappe verdeckt ist. Die durch Auskochen sterilisierten Pinsel werden unkaschiert in die Urethra eingeführt und 6—8 cm der vorderen Harnröhre sorgfältig ausgepinselt. Diese Pinselung findet durch 5—7 Tage täglich eimnal statt. Nach Vf.s Erfahrungen ist die Methode nicht nur als Abortivkur, sondern auch als Behandlung der akuten Gonorrhöe von bestem Erfolge. Auch für die Gonorrhöe der weiblichen Harnröhre eignet sich diese Applikation von 20%igem Protargol. Selbstverständlich sind Komplikationen der Urethritis eine Kontraindikation dieser Pinselung.

Am Schlusse seiner Auseinandersetzungen berichtet nun Vf. über 42 Fälle — durchwegs erste Infektionen mit dem Gonokokkus. Unter diesen waren in 20 Fällen positiver Erfolg der Abortivkur zu verzeichnen, d. i. in 47·6%. Hiebei wurden die allersichersten Erfolge bei den Fällen erzielt, die möglichst frühzeitig zur Behandlung kamen. Die absolute Heilung der Gonorrhöe wurde durch längere Beobachtungsdauer, sowie durch wiederholte (negative) Untersuchung auf Gonokokken sichergestellt. — (Münch. med. Wochenschrift Nr. 28, 1904.) Viktor Blum.

Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Dr. Münnich (Klinik v. Mikulicz, Breslau).

Im Anschluß an acht an der Breslauer Klinik operierte Fälle von Prostatahypertrophie (perineale Prostatektomie) gibt M. ein möglichst vollständiges kritisches Sammelreferat über die operative Behandlung der senilen Prostatahypertrophie. Die Operationsresultate der acht Fälle (Männer im Alter von 62—73 Jahren), zu denen sich noch die erst in jüngster Zeit operierten 3 Fälle gesellen, sind so glückliche, daß der Vf. den chirurgischen Eingriff durchaus empfiehlt. Er kommt zu folgenden Konklusionen:

1. Bei jedem Prostatiker, welchem sein Leiden stärkere Beschwerden verursacht, und bei welchem keine Kontraindikationen für einen chirurgischen Eingriff bestehen, ist die Prostatektomie indiziert.

2. In den meisten Fällen ist die perineale Prostatektomie vorzuziehen, denn sie ist ein relativ leichter Eingriff und gibt sehr

gute Resultate. Die Wahrscheinlichkeit einer konsekutiven Impotenz muß dem Kranken mitgeteilt werden.

3. Die Verschiedenheiten in der Technik der Operation, haben eine große Bedeutung; die partielle Resektion ohne Eröffnung der Harnwege kommt nur für aseptische Prostatiker in Betracht. Bei infizierten Harnwegen müssen dieselben mit eröffnet werden. Die perineale Drainage der Blase ist hiebei von außerordentlich günstigem Einfluß. Die Integrität der Sphincter internus und der Vorderwand der Harnröhre sollte nach Möglichkeit gewahrt werden, um spätere Inkontinenz und Strikturen zu vermeiden.

4. Die suprapubische Prostatektomie könnte die perineale ersetzen in den Fällen, in welchen per rectum die Prostata nicht vergrößert zu fühlen ist, dagegen das Zystoskop eine intravesikale Vorwölbung derselben aufweist.

5. Die Bottini'sche Operation könnte versucht werden, wenn der Patient seine Einwilligung zu einer blutigen Operation verweigert. Sie setzt ein ziemlich kompliziertes Instrumentarium und eine besondere Ausbildung der Technik voraus.

6. Die palliative Katheterbehandlung sollte für jene Fälle reserviert bleiben, in welchen ein Patient sich einer Operation nicht unterziehen will oder sein Allgemeinzustand eine solche nicht zuläßt.

Diese äußerst günstige Meinung des Autors von der Operation ist nur durch den Umstand zu erklären, daß er unter elf beobachteten Fällen zehn vollkommene Heilungen, eine Heilung mit Fistelbildung und keinen einzigen Todesfall zu beobachten Gelegenheit hatte. — (Bruns Beitr. z. klin. Chir., Bd. 44, H. 2, 1905.)

V. Blum.

Dermatologie.

Ueber ungewöhnliche Entstehung eines Quecksilberexanthems. Von Dr. M. Joseph.

Ein mit der Holländer'schen Chinin-Jodbehandlung von Lupus erythematosus geheilter, 36jähriger Mann zeigt Schwellung und Rötung von Lippen und Wangen, in wenigen Tagen breitet sich die intensive Rötung in Begleitung von Blasenbildung, Serumausschwitzung und Krustenformation über die Augenlider, Kopf und Brust aus. Der Fortgang des Prozesses aufs Genitale führt zur Vermutung, daß es sich um ein Arzneiexanthem handeln könnte, doch sind hiefür aus der Anamnese keine Anhaltspunkte zu gewinnen, nur fällt dem Patienten die Aehnlichkeit der Eruption mit einem Ausschlag auf, den er sich vor einem Jahre nach Gebrauch von grauer Salbe (gegen Pediculi pubis) zugezogen hatte. Da stellte sich heraus, daß dem Patienten knapp vorher Amalgamplomben eingelegt wurden. Vf. sprach diese als Ursache des Hg-Exanthems an und hieß den Kranken, die Einlagen wieder entfernen zu lassen; dennoch wollte das Exanthem nicht weichen. Eine neuerliche Revision der Mundhöhle ergab, daß eine Plombe darin geblieben war! Erst als auch diese entfernt wurde, trat der Ausschlag zurück. Wäre es nicht der durch strenge wissenschaftliche Objektivität ausgezeichnete Fachmann, der diese Mitteilung macht, so könnte man an eine Hyperbel der Idiosynkrasie denken, welche den „Münchener Fliegenden" zur Zierde gereichen würde. — (Dermatol. Zentralbl., VIII. Jahrg., Nr. 1.)

N.

Ein Beitrag zur Impftechnik. Von Dr. R. Flachs.

Unter Hinweis auf die verschiedenen Formen der Impfschädigungen, welchen die Impflinge selbst, sowie ihre Umgebung ausgesetzt sind, plädiert Vf. für die genaueste Beachtung aller Kautele, welche eine aseptische Applikation der Impfpusteln ermöglichen. Die in Sachsen zu Recht bestehende Bestimmung, daß die Impfschnitte 2 cm auseinander liegen müssen, hält Vf., gleichwie Hesse, für überflüssig, zumal hiedurch die Anwendung kleiner Deckverbände illusorisch wird.

Als Impfstelle benützt Vf. die untere Thoraxhälfte, zunächst aus kosmetischen Rücksichten, dann aber auch aus dem Grunde, weil in dieser Region die Haut wenig Bewegungen ausgesetzt ist. Zum Schutze des Impfgebietes werden die

Impfstellen mit vierfacher Lage steriler Gaze bedeckt und diese durch einen breiten Streifen eines klebenden Pflasters festgehalten. Die Pusteln entwickeln sich typisch nach 5 Tagen. Bei der Nachschau werden die Pusteln wieder mit Gaze bedeckt, das Gazestück mit vier Pflasterstreifen derart befestigt, daß die Pusteln nicht unter den Streifen liegen. Hiedurch ist der Luftzutritt gewahrt und die Pusteln können eintrocknen. Zur lockeren Fixation werden außerdem noch Bindentouren angebracht und diese nach dem Bade immer erneuert. Reizlosigkeit der Impfstellen, Ausbleiben schwerer Impfschädigungen (Drüsenschwellung, Erythem, Autoinfektion) bieten den Lohn des allerdings etwas umständlichen Verfahrens.

Die generalisierte Vakzine möchte auch Vf. für eine sekundäre, von den Impfstellen ausgehende Infektion ansprechen und bringt hiefür überzeugende Exempel bei. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 40, H. 1—3.) N.

Zur Röntgen-Behandlung der Mykosis fungoides. Von Dr. D. M. Greig.

Ein 40jähriger Arbeiter zeigt 1899 eine mannskopfgroße, exulzerierte Geschwulst über der linken Schulter. Außerdem multiple, zerstreute, braunrote Knoten. Die für Spätsyphilis angesprochene Erkrankung wird mit vorübergehendem Erfolg antiluetisch behandelt. Schon nach kurzer Zeit war die kaum vernarbte Oberfläche des Tumors neuerdings in eine ulzeröse Masse umgewandelt; die Geschwulst wurde exstirpiert, der Grund plastisch gedeckt. 1902 bildet sich über der rechten Schulter eine das obere Rückendrittel einnehmende, rasch zerfallende Geschwulst, mit dieser gleichzeitig diffuse, leicht nässende infiltrierte Plaques an anderen Körperstellen. Lokale Salbenbehandlung ohne jeden Erfolg. Um diese Zeit, ohne jedoch über die Diagnose im klaren zu sein, wurde die größte Neubildung den X-Strahlen exponiert. Nach neun Sitzungen wurde die Weiterbehandlung unterbrochen, da sich im Bestrahlungsgebiete heftige Schmerzen einstellten. Die Geschwulst war indes geschwunden. Die Schmerzen steigerten sich in der Folge und breiteten sich auf den ganzen Rücken, den Kopf und die Extremitäten aus, raubten die Nachtruhe und gingen späterhin mit Temperatursteigerung, schwerer Anämie und Delirien einher. Der stark herabgekommene, fast gelähmte Patient starb wenige Wochen nach seiner Entlassung aus dem Spitale.

Die histologische Untersuchung exzidierter Tumorstücke, gleichwie des Dekurses des Falles führten schließlich zur Erkenntnis, daß es sich um Mykosis fungoides mit langem prämykotischen Stadium handelte. Den rasch zum Exitus führenden Verlauf unter den vorgeschilderten Begleitphänomenen möchte Vf. nicht ohneweiters auf eine durch die Bestrahlung provozierte Sepsis beziehen. Die enorme Schmerzhaftigkeit, die Muskelsteife bringt Vf. mit einer Alteration des zerebrospinalen Nervensystems in Zusammenhang. — (British Journ. of Derm., July 1904.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber die vaginale spezifische Behandlung schwangerer Frauen. Von H. Vörner.

Das vorliegende Thema war bereits wiederholt Gegenstand publizistischer Ausführungen des Autors, aber gerade diese jüngste Publikation ist von ganz besonderer Wichtigkeit, weil sie zeigt, daß leider die von Riehl empfohlene Methode lange nicht gehalten hat, was sie zu Anfang versprach. Die Methode besteht im wesentlichen darin, daß schwangeren syphilitischen Frauen neben der eventuellen Allgemeinbehandlung von dem Momente der konstatierten Schwangerschaft ab täglich Merkurial-Vaginalkugeln (graue Salbe 1·0, Butyr. Cacao 2·0) eingeführt werden; in der letzten Zeit benützte der Autor Kugeln, deren Konstituens Axungia porci und Sebum ovile zu gleichen Teilen bildeten, mit einem Gehalt an Quecksilber von 12—15%, weil diese Konstituentien eine weniger leicht zerfließliche Grundlage abgeben. Die bis an den Muttermund eingeführten Kugeln werden durch einen nachgeschobenen Tampon festgehalten. In der ambulanten

Praxis kann man, um bloß jeden zweiten oder dritten Tag zu behandeln, auch entsprechend größere Kugeln benützen.

Die Methode schien nach den ersten Beobachtungen Riehls sowohl, als auch nach denen des Autors ganz außerordentlich günstige Resultate zu geben, Resultate, mit denen sich die alten, zur Verfügung stehenden statistischen Zahlen, selbst bei Berücksichtigung ihrer Fehlerquellen, nicht entfernt messen konnten. Diese Zahlen bezogen sich aber ausschließlich auf den Ausgang der betreffenden Schwangerschaft. Das zweite nicht minder wichtige Moment, das noch in Frage kam, betrifft die Resultate der Methode, beleuchtet durch die länger fortgesetzte Beobachtung der Kinder; der Autor hat diese Beobachtung an allen Fällen, soweit dies durchführbar war, ausgeführt — bei dem Krankenmaterial, aus welchem sich die Fälle rekrutieren, ist ein Verlorengehen von Kindern aus der Evidenz nur zu leicht erklärlich. Dazu kommt noch, daß es gar nicht so einfach ist, den Wert der Methode in Betreff des späteren Ergehens der Kinder festzustellen, insbesondere, da es ja auch an einem ähnlichen Vergleichsmaterial mangelt.

Aus der Statistik des Autors aber geht hervor: I. Wie bereits hervorgehoben, ist der Wert der Methode auf den Ausgang der Geburt zweifellos; von 40 Frauen weisen 36 normale Geburten auf, also 90% (Fournier 50%, Neumann 62%). II. Von den 36 lebenden Kindern starben bis zum dritten Monat 22%. Infolge von Entziehungen einzelner Kinder aus der Evidenz schrumpft die Tabelle wohl etwas zusammen, gibt aber immerhin einen guten Ueberblick, aus dem ersichtlich wird, daß die Sterblichkeit nach $^3/_4$ Jahren 55, nach einem Jahre 58% erreicht. Daraus ergibt sich, daß die Syphilis der „vaginal behandelten" Frau fast gleich häufig vererbt wird, wie bei anderen rezent luetischen Schwangeren. Ein Unterschied macht sich aber in der Weise bemerkbar, daß die Kinder zur Zeit der Geburt und in den ersten Wochen nach derselben in sehr geringer Anzahl erkranken und weiters, daß die Sterblichkeit der luetischen Kinder wesentlich geringer ist im ersten Vierteljahr und endlich auch im ganzen unter der üblichen Zahl zurückbleibt. Es tritt also nicht, wie man anfänglich hoffen durfte, durch die vaginale Behandlung eine absolute Verringerung der Mortalität und Morbidität der Kinder ein. Lohnt sich daher diese keineswegs mühelose Behandlung überhaupt? Der Vf. möchte sie nicht verwerfen, weil es sich zeigte, daß Kinder, die unter günstigen Verhältnissen (in erster Linie Mutterbrust) und bei intermittierender Behandlung gehalten wurden, fast regelmäßig gut durchkamen. Es gehört also zur vaginalen Behandlung der Mutter auch die nachträgliche, peinlichst durchzuführende gute Ernährung und Pflege der Kinder. — (Dermatol. Zeitschr., XI, 3.) D.

Zur Technik der intramuskulären Injektionen. Von S. Grosz.

Die Mängel der Injektionsmethode sind die nach der Injektion auftretende lokale Schmerzhaftigkeit, die Ausbildung von Infiltraten und Indurationen, Erweichungen (?) des Gewebes, Blutungen, Embolien und eventuelle Neuritis. Man hat diesen Mängeln dadurch abzuhelfen gesucht, daß man auf der einen Seite Präparate wählte, die an und für sich weniger reizend wirkten oder die durch Zusatz von anästhesierenden Substanzen leichter erträglich wurden, und weiters dadurch, daß man insbesondere in Bezug auf die Embolie gewisse Vorschriften machte, die geeignet sind, ein solches Ereignis hintanzuhalten.

Der Autor selbst aber hat Versuche unternommen, welche einen Teil der angeführten Mängel insofern zu bekämpfen suchen, als hauptsächlich auf die Wahl des Ortes Gewicht gelegt wird, an welchen das intramuskuläre Quecksilberdepot mit Vorteil abzugeben sei. Für diese Zwecke teilt er die Glutäalregion in ein System von Feldern (bezüglich der näheren Ausführung muß hier wohl auf die Zeichnung im Originalartikel verwiesen werden) und gelangt so zu einem ziemlich

beschränkten, dreieckigen Gebiet, welches die Injektion auf alle Fälle, ohne Besorgnis irgend einer unangenehmen Ueberraschung, wie Embolie, Blutung, Neuritis etc., gestattet.

Erst zum Schlusse kommt der Autor dazu, die in der Literatur bereits als gefährlich verschrieenen Punkte (von Smirnoff, Galliot und Barthélémy) mit den selbst gewonnenen Resultaten in Korrelation zu ziehen, sowie weiters die Angaben Möllers und Jadassohns zu zitieren und auf das von den eigenen Befunden Abweichende darin hinzuweisen. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 72, H. 1.) D.

Ein Beitrag zur Statistik der Epididymitis gonorrhoica. Von A. Jordan.

Es existiert eine ganze Reihe von statistischen Arbeiten über die gonorrhoische Nebenhodenentzündung, die nach dem Autor insgesamt gewisse Einwände zulassen, die bereits von anderen Seiten zur Genüge betont worden seien, so vor allem, daß es sich meist um das ambulante Material von Hospitälern handle. Dazu aber komme noch, daß man hier nur während eines verhältnismäßig kurzen Zeitraumes die Beobachtung fortführen könne, und es sei doch notwendig, viel größere Lebensperioden des Patienten zu übersehen und in Rechnung zu ziehen, als es bis nun geschehen sei, und darum glaubt der Autor, daß wir der Anamnese hier nicht entraten sollten, selbst auf die Gefahr hin, etwas größere Zahlen zu bekommen, insofern als sich Epididymitiden und Orchitiden anderen als gonorrhoischen Ursprungs dann gewiß nicht werden trennen lassen.

Der Autor fand bei seinem, verschiedenen Gesellschaftsklassen angehörigen Material einen Perzentsatz von 11·7 Epididymitiden (Zahl der Tripperfälle 812). Dagegen gab jener Teil der Kranken, die wegen irgend eines Haut- oder anderen Geschlechtsleidens in die Behandlung gelangten, einen Perzentsatz von 32·7. Dieses in die Höhe Schnellen der früheren Zahl — das wäre also das Resultat des Ueberblickens größerer Zeiträume — hat für den Autor nichts Ueberraschendes; er beruft sich hiebei auf die Zahl Baraczynskis aus dem Rudolfspital in Wien (dazu sind also die alten Statistiken, die gewisse Einwände zulassen, doch gut! Ref.).

Die anderen Angaben bezüglich des Alters der Kranken, Vorwiegen der Krankheit der einen oder anderen Seite oder Erkrankung beider Seiten, Einfluß von Beruf, von forcierter Bewegung, sowie des Zeitpunktes des Eintrittes der Krankheit schließen sich den in allen Lehrbüchern niedergelegten Sätzen an. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 72, H. 1.) D.

Kinderheilkunde.

Ueber die Behandlung der Kapillärbronchitis mit Senfwassereinwicklungen. Von O. Heubner.

Bei Bronchiolitis, wie sie sich besonders häufig im Verlaufe von Masern oder Keuchhusten bei schwachen, jungen Kindern einstellt, hat sich folgendes Verfahren gut bewährt:

In ungefähr $1^1/_2$ l warmen Wassers (40° C.) wird $^1/_2$ kg frisches Senfmehl so lange gut verrührt (zirka 10 Minuten), bis es deutlich nach Senf riecht. Nun wird ein leinenes Tuch, das zur gänzlichen Einwicklung des Kindes groß genug ist, eingetaucht, ausgerungen und auf einer entsprechend großen Wolldecke ausgebreitet. Das entkleidete Kind wird nun so auf das Senftuch gelegt, daß dessen oberer Rand bis zum Halse reicht, Senftuch und Wolldecke dann über dem Kinde zusammengeschlagen. Man läßt diesen Wickel 10—15 (ja 20) Minuten — je nach dem Kräftezustand und der Reaktion des Kindes — liegen. Wenn das Kind durch Unruhe dem Eintritt des Reizes der Haut Ausdruck gibt, wird das Senftuch entfernt, das Kind lau gebadet oder gewaschen und in ein zweites laufeuchtes Tuch eingeschlagen, in dem es 1—2 Stunden bleibt, um die Hauthyperämie lange zu erhalten; diese äußert sich nach der Senfwassereinwicklung in krebsroter Färbung der Haut. Die Wärmestauung im zweiten Tuch wird nur dann unterbrochen, wenn der Kopf sehr rot wird oder es zum starken



Schweiße kommt. Nun kommt das Kind in ein zweites Bad.

Heubner sah oft nach dem Verfahren eine kritisch einsetzende Besserung. Häufiger dauert es lange, bis es zur Wendung kommt, und muß das Verfahren öfters — jedoch nie am selben Tage! — wiederholt werden. — (Zeitschr. f. Heilkunde, H. 1, 1905.) Nrth.

Beitrag zur Melaena neonatorum. Von Dr. J. Fischer.

Nach einer gründlichen Darlegung der Ansichten über Anatomie und Aetiologie der Meläna berichtet F. über das Auftreten der Krankheit bei den ersten zwei, in einem Intervall von 14 Monaten geborenen Kindern vollständig gesund erscheinender Eltern. Beide Kinder starben. Mehr des Trostes halber als aus Luesverdacht wurde nun eine Behandlung der Mutter mit Quecksilbervaginalkugeln eingeleitet. Das dritte Kind blieb gesund. In der Literatur finden sich fünf Beobachtungen von familiärer Meläna.

Autor denkt nicht daran, in seinem Falle eine syphilitische Aetiologie anzunehmen, sondern ist nur geneigt, eine konstituionelle Basis der Meläna neonatorum im allgemeinen zu vermuten. — (Wien. med. Presse Nr. 52, 1904.) Nrth.

Uebergang von Brom in die Frauenmilch. Von Dr. Heinrich Rosenhaupt.

Der sichere chemische Nachweis in der Milch der Stillenden ist bisher nur für Salizylsäure, Jod und Quecksilber gelungen, durch das Tierexperiment auch für Opium und seine Alkaloide, für Atropin und toxische Dosen von Alkohol. Ist analog dem Jod auch das Brom mit Wahrscheinlichkeit in diese Reihe zu bringen, so schien es doch nicht überflüssig, chemische Versuche diesbezüglich anzustellen. In einem Falle, in dem die stillende Mutter Brom nahm, gelang es nun (nach einer neuen Methode), den Nachweis zu erbringen, daß Brom in geringen Spuren übergeht; irgend welche Schlüsse für die Praxis daraus zu ziehen, scheint nicht berechtigt, d. h. es ist nicht erforderlich, das Kind vor der bromhältigen Milch zu bewahren. Daß aber selbst so kleine Bromdosen, längere Zeit verabreicht, Intoxikationserscheinungen machen können, scheint nach den klinischen Erfahrungen des beobachteten Falles, wo eine Akne nach der Abstillung schnell verschwand, doch wahrscheinlich. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 40.) Nrth.

Diphtherie und Krupp mit und ohne Serum behandelt. Von J. Fels.

Die verwerteten Fälle stammen aus der Privatpraxis. Die Scheu der Eltern vor dem Serum, der relativ hohe Preis des Mittels und andere Umstände haben dazu geführt, daß Fels unter den in den letzten sechs Jahren beobachteten Fällen eine Anzahl ohne Serum behandeln mußte. Mit Serum wurden 30 Fälle behandelt, von diesen 21 mit Rachendiphtherie, 2 mit Larynxkrupp und 7 mit Rachenkehlkopfdiphtherie. Letal endete nur der Fall eines zehnmonatlichen Kindes (Rachen- und Kehlkopfaffektion). Dreimal trat ein universelles Exanthem auf. Neben der Allgemeinbehandlung mit Serum wurde die Lokalbehandlung nicht ganz vernachlässigt. Zweimal wurden auch prophylaktische Injektionen mit gutem Erfolg angewendet. Des Autors Erfahrungen ergeben — wie die anderer Autoren — eine Dauer der Immunisierung von nicht mehr als 2—3 Wochen.

Ohne Serum wurden 29 Fälle, 17 mit Rachendiphtherie, 10 mit Larynxkrupp und 2 kombinierte behandelt. Zwei erst am dritten Tage in Behandlung gekommene Kruppfälle starben. Die Behandlung des Kehlkopfkrupps bestand in der Darreichung von Brechmitteln und Expektorantien, Inhalationen, Applikation von Senfpflaster und Blutegeln. In drei Fällen mußte schließlich doch Serum angewendet werden. Ein ohne Serum behandelter Fall von Rachendiphtherie (neunmonatlicher Knabe) endete tödlich. Also kamen auf 29 ohne Serum behandelte Fälle drei Todesfälle. Vf. empfiehlt für alle, auch leichteste Fälle, sofortige Anwendung des Serums.

Als Inkubationszeit berechnet Fels 2—7 Tage. — (Wien. med. Presse Nr. 52, 1904.) Nrth.

Zur Behandlung des Keuchhustens. Von Hofrat Dr. Stepp in Nürnberg.

Vf. empfiehlt das Fluoroform als ein ganz vorzügliches Mittel für die Keuchhustenbehandlung, insbesondere für das zarte Kindesalter. Das Mittel stellt eine 2—$2^{1}/_{2}$%ige Lösung Fluoroform in Wasser dar, ist geschmack- und geruchlos und absolut ungiftig. Die Gabengröße ist, selbst bei kleinsten Kindern, stündlich ein Kaffeelöffel bis Kinderlöffel voll, bei älteren Kindern sogar ein Eßlöffel. Oft schon am ersten, manchmal erst am zweiten Tage tritt, nach den Beobachtungen des Vf., eine starke Verminderung der Anfälle auf. „Es geschieht dies mit einer Regelmäßigkeit, wenn nicht Gesetzmäßigkeit, welche eine spezifische Einwirkung des Fluoroforms auf das Keuchhustengift als durchaus wahrscheinlich erkennen läßt." — (Therap. Monatsh., H. 11, 1904.)

Laub.

Pharmakologie und Toxikologie.

Die Wirkung größerer Mengen Saponin auf den menschlichen und tierischen Körper. Von W. Lohmann.

Die vorliegende Arbeit ist dem Umstand entsprungen, daß in letzter Zeit von den mit der Nahrungsmittelkontrolle beauftragten Behörden Beanstandungen von Flüssigkeiten vorgekommen sind, denen Saponin zugesetzt war. Es werden bekanntlich Saponin, beziehungsweise saponinhaltige Pflanzenauszüge vielfach dazu verwendet, um Schaumweinen, Brauselimonaden und ähnlichen Getränken eine längere Zeit beständige Schaumkrone zu verleihen. Vf. verfütterte an Kaninchen bis 7 g Saponin-Sthamer pro die, wobei die Tiere durchaus gesund und munter blieben, an Körpergewicht ständig zunahmen und auch bei der späteren Sektion nur gesunde Organe zeigten. Der Vf. selbst nahm monatelang Saponin, bis 1 g täglich, zu sich, ohne jede Gesundheitsschädigung. Da nun bereits 1 mg Saponin genügt, um einen haltbaren Schaum zu erzeugen, tritt der Vf. dafür ein, das Saponin seiner völligen Unschädlichkeit wegen zu gedachten Zwecken zu gestatten. — (Zeitschr. f. öffentl. Chemie, IX., 320—324.)

Dr. Springer, Breslau.

Ueber den Einfluß von Alkohol, Zucker und Tee auf die Leistungsfähigkeit des Muskels. Von Dr. A. F. Hellsten in Helsingfors.

Alkohol erhöht fast unmittelbar nach dem Genuß die Leistungsfähigkeit des Muskels; 12—40 Minuten später aber tritt eine Abnahme ein, die wenigstens 2 Stunden andauert; er ist also zuerst ein Stimulans, dann ein lähmendes Mittel.

Zucker erhöht die Leistungsfähigkeit, die Steigerung erfolgt ungefähr 30 bis 40 Minuten nach Einnahme der Zuckerlösung; eine merkbare Herabsetzung tritt später nicht ein.

Tee steigert die Leistungsfähigkeit unerheblich und nur für ganz kurze Zeit. — (Skandinav. Archiv f. Physiol., Bd. 16.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Ueber den Einfluß von Tee, Kaffee und einigen alkoholischen Getränken auf die quantitative Pepsinwirkung. Von Dr. Pawlowsky. (Aus den Arbeiten des med.-chem. Laboratoriums der Universität zu Tomsk. Herausgegeben von Prof. Fr. Krüger. Bd. 1, H. 1.)

Alkohol wirkt in geringen Dosen, schon bei Anwesenheit von 0·5% im Verdauungsgemisch, hemmend auf die Pepsinverdauung.

Bier behindert sehr die Pepsinverdauung, wobei diese Behinderung nicht sowohl dem Alkoholgehalt zuzuschreiben ist, da eine entsprechende Alkoholmenge einen geringeren hemmenden Einfluß hat, als den anderen im Bier vorhandenen Substanzen.

Das gleiche läßt sich vom Wein sagen.

Tee und Kaffee hemmen auch die Pepsinverdauung. Der hemmende Einfluß auf dieselbe wird aber nicht durch ihren Koffeingehalt bedingt, sondern durch andere Bestandteile. — (Ref. nach Russische med. Rundschau Nr. 8, 1904.)

Dr. Fritz Loeb, München.

Ueber Exodin. Von F. Zernik.

Vf. hat im Pharmazeutischen Institut zu Berlin die Angaben über das Exodin nachgeprüft und ist dabei zu abweichenden Resultaten gekommen. Die Fabrik von Schering bezeichnet ihren Körper als eine einheitliche Substanz und als Diazetylrufigallussäuretetramethyläther, während Vf. festgestellt hat, daß Exodin kein einheitlicher Körper, sondern ein Gemisch von Rufigallussäurehexamethyläther, Azetylrufigallussäurepentamethyläther und Diazethylrufigallussäuretetramethyläther ist. Die Wirkung des neuen Abführmittels ist dem Hexamethyläther zuzuschreiben.

Der Schmelzpunkt liegt nicht, wie von der Fabrik angegeben, bei 180—190°, sondern bei 262° C. — (Apoth.-Ztg. 1904, pag. 598.) Dr. Springer, Breslau.

Keimfreie Milch durch Elektrizität. Von E. Guarini.

Der Vf. hat in Gemeinschaft mit Br. Samarini ein Verfahren gefunden und mitgeteilt, durch das es möglich sein soll, die Milch völlig keimfrei zu machen. Eine eingehende Nachprüfung des Verfahrens wird diese Angaben allerdings erst einwandfrei bestätigen müssen. Die Vf. verwenden, um die Zersetzung der Milch zu verhüten, einen Induktionsstrom zwischen Kohleelektroden, dessen Spannung genügend stark sein muß, den Widerstand der Milch zu überwinden und dessen Dichtigkeit ausreichen muß, um ein Abtöten der Mikroben zu sichern. — (Elektrochem. Ztschr. Nr. 11, pag. 125, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Eine Aenderung der Gesetzgebung in Bezug auf die **Abgabe von Morphium** wird in einem Artikel der „Augsburger Abendzeitung" angeregt. Es soll eine Eingabe an den Reichstag etwa folgenden Inhaltes gemacht werden: „Die Herstellung des Morphiums, des Kokains und ihrer Derivate unterliegt der Kontrolle des Staates, ebenso ihre Abgabe an die Verkaufsstellen. Die Einfuhr von Morphium, Kokain und dergleichen in das Reichsgebiet ist zu verbieten oder nur unter staatlicher Kontrolle zu gestatten. Es müßte der Fabrikant das fabrizierte Quantum deklarieren und nachweisen, an wen er es abgab; so allein wäre eine Kontrolle der Quellen möglich, aus denen neben den Apotheken das Mittel zugänglich ist. Vielleicht würde sich die Notwendigkeit einer internationalen Abmachung ergeben, um die Zusendung aus dem Auslande zu unterbinden. Damit ergäbe sich von selbst eine strengere Ueberwachung der Drogerien. Die Abschaffung des per abusum gewordenen Rechtes Medizinstudierender, Rezepte auszustellen, staatliche Kontrolle der betreffenden Heilanstalten und Errichtung von öffentlichen Sanatorien unter der Leitung erfahrener Psychiater und anderes mehr — dies alles fände sich leicht, wenn im großen die Gesetzgebung voranginge." — Hiezu bemerkt die „Münch. med. Wochenschr.": „Wer die Verheerungen kennt, die der Morphinismus anrichtet, wird mit dem Artikel vollkommen darin übereinstimmen, daß eine schärfere Kontrolle des Handels mit Morphium und der Morphiumabgabe in und außerhalb der Apotheken höchst wünschenswert wäre. Allerdings schreiben die gesetzlichen Bestimmungen jetzt schon vor, daß Morphium ausschließlich nur auf ärztliches Rezept in Apotheken abgegeben werden darf; aber man weiß, daß diese Bestimmung nur allzuhäufig umgangen wird. Es wäre zu begrüßen, wenn Maßnahmen getroffen werden könnten, durch die der Morphiumbezug durch Unbefugte unmöglich gemacht würde." Zu dieser letzten Anmerkung möchte Ref. eine Anregung wiederholen, die von ihm in der Deutschen Mediz.-Ztg. (Nr. 12, pag. 132, 1904) gelegentlich der Besprechung eines österreichischen Ministerialerlasses gegeben worden ist und die besonders für die Abgabe von Morphium und Kokain auf gefälschte Rezepte — welche Methode von Morphium- und Kokainsüchtigen wohl am ausgiebigsten benutzt wird — zutrifft: „. . . . wie kann sich Arzt und Apotheker gegen ein gefälschtes Rezept schützen? Es ereignet sich ja sehr oft, daß Morphiophagen Rezepte fälschen, mit der Unterschrift irgend eines existierenden oder auch nicht existierenden Arztes versehen und hierauf natürlich anstandslos ihr Morphium erhalten. In einer Großstadt sind

derartige Fälle außerordentlich häufig. Es würden zweifellos viele Weiterungen, auch für den Arzt, erspart bleiben, wenn ärztliche Ordinationen nur auf Blätter geschrieben würden, die die vollständige Adresse des Arztes enthalten. Auf diese Weise würde zum mindesten vielen, wenn auch nicht allen, Fälschungen vorgebeugt werden. Mit der obligatorischen Einführung einwandfreier Rezeptblätter wäre allen Beteiligten gedient."

Dr. Springer, Breslau.

Ueber „feste" Emulsionen. Vorläufige Mitteilung von Dr. Leopold Sarason in Meran, Südtirol.

Der Vf. obiger Arbeit veröffentlichte in der „Deutsch. Medizinal-Ztg." (Nr. 53, 1902) einen Aufsatz „Ueber ein kohlehydratfreies Brot". Sarason ist der Erfinder des „Roborat", bei dessen Verarbeitung zu dem kohlehydratarmen, ziemlich fettreichen Roborat-Diabetikerbrot er die Fähigkeit des Roborat entdeckte, beträchtliche Mengen Fett einzuhüllen und für die Wahrnehmung sozusagen zu „maskieren". Unter Anwendung dieses lezithinreichen Klebereiweißes gelang es Sarason, feste Emulsionen herzustellen, die neben 50% des zu emulgierenden, aufs feinste zerstäubten Oeles 50% des Emulgens (Roborat) enthalten. Er nennt diese Produkte Emulgate und verdienen dieselben schon deswegen vor den flüssigen Emulsionen den Vorzug, weil an Stelle des wertlosen Ballastes, wie Gummi arabicum und Wasser, hier das leicht assimilierbare Lezithalbumin „Roborat" eingetreten ist. Es sind trockne, relativ wohlschmeckende Pulver, die in jeder Form, als Schachtelpulver oder abgeteilt, rein oder mit Zucker gemischt, in Oblaten, Gelatinekapseln oder Tablettenform verabreicht werden können.

Die Emulsionsfähigkeit des Roborat schreibt Sarason dem Lezithin zu, das als hygroskopisches, in Wasser kolloidal lösliches Fett, das Emulgens κατ' ἐξοχήν vorstellt, welches nach seiner Ansicht auch bei den idealen Emulsionen, wie sie die Natur beispielsweise im Eidotter und in der Milch produziert, als solches wirksam sein soll.

Daß ein Filix-Rizinus-Emulgat, ein Kopaiva-Emulgat, Bromipin, Kreosotal- oder Santal-Emulgat gegen die augenblicklich übliche Form einen bedeutenden Vorteil darstellen würde, ist außer allem Zweifel. Die genaue Darstellungsangabe der Emulgate behält sich Vf. für eine zweite Mitteilung vor. — (Pharm. Ztg., Nr. 92, pag. 978, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Zur Toxikologie des Fliegenschwammes. Von E. Harmsen.

Das aus dem giftigen Fliegenschwamm, Amanita muscaria, dargestellte Alkaloid Muskarin erzeugt zwar ebenfalls starke Intoxikationserscheinungen, jedoch ist die Wirkung des Pilzes selbst eine weitergehende, als die des Alkaloides. Der Genuß des Fliegenpilzes erzeugt einen rauschähnlichen Zustand, der durch die Base allein nicht ausgelöst werden kann. Es ist zwar bisher nicht gelungen, diesen, dem Muskarin an Giftigkeit jedenfalls weit überlegenen Körper zu fassen, daß er aber tatsächlich vorhanden ist, ergibt sich aus der Tatsache, daß die vom Muskarin durch Alkoholextraktion befreiten Pilzrückstände die typischen Intoxikationserscheinungen des Pilzes liefern. Dieses zentral wirkende Gift, das „Pilztoxin", ist offenbar sehr labil, nimmt beim Trocknen erheblich ab und ist auch gegen Wärme empfindlich.

Bezieht man die letale Dosis Muskarin auf frischen Pilz, so wäre 4 kg Fliegenpilz die tödliche Menge für einen erwachsenen Menschen, das wären etwa 100 Stück Pilze. In Wirklichkeit genügt aber schon ein kleiner Teil eines Pilzes zur Hervorbringung einer lebensgefährlichen Vergiftung. Auch hiedurch wäre also die Anwesenheit einer weit giftigeren Substanz neben dem Muskarin im Fliegenpilz erwiesen. Ein weiterer Beweis ist schließlich die Tatsache, daß Atropin als ein vollwertiges Muskarinantidot angesehen werden kann, während es bei der Vergiftung durch den Pilz selbst in den meisten Fällen nicht imstande ist, den exitus letalis abzuwenden. — (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., Bd. 50, Heft 5 u. 6.)

Dr. Springer, Breslau.



II. Diagnostik.

a) Mundhöhle und Rachen.

Soor bei gesunden Erwachsenen. Von Dr. Sigmund S r e b r n y.

Soor ist, wie bekannt, hauptsächlich eine Krankheit des kindlichen Alters; bei Erwachsenen finden wir ihn meistens bei Leuten, die infolge chronischer Krankheiten stark heruntergekommen sind. Bei diesen zeugt sein Auftreten in der Mund- und Rachenhöhle von zunehmendem Kräfteverfall und bildet fast immer ein signum mali ominis.

Selten tritt Soor bei Erwachsenen als idiopathische Erkrankung auf; die Entstehungsursache ist nur selten zu eruieren als unmittelbare Ansteckung durch einen Kranken. Einmal trat infolge hartnäckiger Rezidive Exitus letalis durch Erschöpfung auf. S. beschreibt zwei einschlägige Fälle bei einem 28jährigen Manne und einer 33jährigen Frau. Die Krankheit wird, namentlich wenn mehr konfluierende Beläge vorhanden sind, häufig für Diphtherie, manchmal auch für Syphilis gehalten; denn die charakteristischen kleinen, milchweißen Flecken sind nicht immer zu sehen. Mit dem Mikroskop ist aber die Diagnose leicht zu machen.

Therapeutisch kommen Borax, Sublimat und Wasserstoffsuperoxyd hauptsächlich in Betracht; in einem Falle erzielt S. aber erst durch Einpinselungen mit Jodtinktur rasche Heilung. — (Fränkel's Arch. f. Lar., Bd. 16, H. 1, 1904. W e i l.

Die Riga'sche Krankheit. Von Dr. Ernst D e u t s c h.

Die Krankheit, bisher fast ausschließlich in Italien beobachtet, stellt eine bei Säuglingen vorkommende Geschwulst des Zungenbändchens von harter Konsistenz und grau belegter Oberfläche dar, die bis Fingernagelgröße anwachsen kann. Aetiologisch wurden bisher konstitutionelle, infektiöse und traumatische (Reiben an den unteren Schneidezähnen oder am harten Kieferrand, schwergehende Brüste) Momente herangezogen. Pathologisch-histologisch wurden Epitheliome, Angiome, Papillome, Granulome, einfache Hypertrophie und Hyperplasie der Schleimhaut beschrieben. Auch eine maligne Form soll vorkommen. Die Prognose ist bei der benignen Form eine gute (Dauer 14 Tage bis 20 Monate). Die Behandlung ist entweder eine kaustische, eine chirurgische oder beruht auf Entfernung der verursachenden Momente (Zahnextraktion).

Vf. berichtet über einen selbst beobachteten Fall, ein 10 Monate altes Kind betreffend. Nach Exzision der Geschwulst bildete sich dieselbe wieder. Zwei untere Schneidezähne waren durchgebrochen. Nach Extraktion des rechten Rückbildung der Geschwulst auf der rechten, nach darauffolgender Extraktion auch des linken Schneidezahnes auch auf der linken Seite vollkomene Heilung. Histologische Diagnose: Papillom.

Danach wäre die Riga'sche Krankheit (produzione sottolinguale) als ein auf mechanischer Basis entstehendes benignes Neoplasma aufzufassen, zu dessen Heilung die Entfernung der hervorbringenden Momente am vorteilhaftesten ist. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 40.) N r t h.

b) Kehlkopf.

Ueber einen Fall von Kehlsackbildung am Halse (Laryngokele Virchow's). Von Dr. H e r h o l d.

Die vier Viszeraltaschen, welche die Verschlüsse der zwischen den Kiemenbögen gelegenen Kiemenspalten darstellen, bilden bekanntlich schwache Stellen der Pharynxwand und können sich zu Divertikeln ausweiten; aber auch die Morgagni'schen Ventrikel des Larynx disponieren dazu, doch sind bisher nur sehr wenig solche Fälle beschrieben worden. Vf. sah einen 24jährigen Musiker, der vor einem Jahre beim Klarinettblasen plötzlich an der linken Halsseite einen Schmerz verspürte und später daselbst eine Anschwellung bemerkte, die jedesmal beim Blasen auftrat und sich langsam bis zur Hühnereigröße entwickelte. Sie sitzt unterhalb des Zungenbeines vor dem Kopfnicker, fühlt sich weichelastisch an

und gibt bei der Perkussion tympanitischen Schall; ein Hautemphysem entsteht aber bei noch so starkem Aufblasen der Geschwulst nicht. Auch auf der rechten Halsseite besteht seit einem halben Jahre neben dem Schildknorpel eine ähnliche, nur wallnußgroße Geschwulst. Laryngoskopisch ist gar nichts Auffallendes zu sehen. Da das Leiden erst so spät auftrat, obwohl Patient schon seit neun Jahren Musiker ist, da es doppelseitig ist und Schluckbeschwerden und Rumination fehlen, ist der branchiogene Ursprung unwahrscheinlich; es handelt sich vielmehr um eine Ausweitung der Morgagni'schen Ventrikel, welche am Lebenden nur sehr selten beschrieben wurde. Die Disposition dazu ist ja in der normalen Anlage der Ventrikel gegeben und beim Gorilla und Schimpansen sind solche Kehlsäcke bekanntlich physiologische Vorkommnisse. Patient muß das Blasen natürlich aufgeben; allenfalls käme noch die Exstirpation in Betracht. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 44, 1904.) Weil.

Ueber einen Fall von Tabes mit Kehlkopfaffektion (Vagus-Akzessoriuslähmung) und Erkrankung des Ohrlabyrinths. Von Dr. Edmund Davidsohn und Dr. Bernhard Westheimer.

Die tabische Stimmbandlähmung par excellence ist bekanntlich die ein- oder doppelseitige Postikuslähmung; die einseitige Rekurrenslähmung ist viel seltener und die doppelseitige gehört zu den größten Ausnahmen. Vf. berichten über einen sehr merkwürdigen Fall von Tabes, wahrscheinlich auf luetischer Basis, bei welchem neben verschiedenen anderen ungewöhnlichen Komplikationen auch der erwähnte seltene Larynxbefund vorlag. Das linke Stimmband war unbeweglich in Kadaverstellung, das rechte, bei der Inspiration nur etwa 3 mm vom linken entfernt, machte bei der Phonation nur schwache Adduktionsbewegungen, welche jedoch während der Beobachtungszeit noch deutlich an Intensität abnahmen. Beide Stimmbänder waren sichelförmig exkaviert. Die Sensibilität war im Pharynx und Larynx sehr stark herabgesetzt, ebenfalls eine der seltensten Komplikationen bei Tabes, während bloßes Fehlen der Reflexerregbarkeit bei Einführung von Sonden in den Larynx ziemlich häufig vorkommt. Daneben bestand auch beiderseits Lähmung des Gaumensegels. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 47, 1904.) Weil.

c) Magen und Darm.

Zur Diagnose und Behandlung innerer Hämorrhoiden. Von Dr. H. A. Bray.

Nach den Erfahrungen des Vf. entwickeln sich die Hämorrhoiden in drei Stadien: 1. Stadium der kapillären Hämorrhoiden, 2. der arteriellen Hämorrhoiden, 3. der venösen Hämorrhoiden. — In den beiden ersten Stadien hat sich die Therapie auf Regelung der Diät und auf allgemeine hygienische Maßregeln zu beschränken; Lokalbehandlung ist nicht nötig. Die beste Therapie der im dritten Stadium befindlichen Hämorrhoiden ist die Operation. Wird dieselbe verweigert, so sind Injektionen von Acid. carbolic. zu versuchen, die in zirka 30% der Fälle zum Ziel führen. Von Operationsmethoden empfiehlt Bray in erster Linie die Ligatur; dann die Abklemmung und Kauterisation. — (Med. News, Juli 1904.) F. L.

Ueber den Befund von Sarcina ventriculi Goodsir in den Fäzes. Von Dozent Dr. R. Schmidt in Wien.

Schmidt demonstrierte in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien (24. November 1904) einen Fall von Ikterus catarrhalis mit Sarzinen in den Fäzes. Der Nachweis dieser Gebilde spricht im allgemeinen für eine schwere motorische Insuffizienz des Magens, und zwar in erster Linie für eine Erkrankung des Pylorus. Vortragender erklärte den Befund von Sarcina ventriculi Goodsir für wertvoll zur Diagnose der Pylorusinsuffizienz. (Ref. ist der Ueberzeugung, daß die Diagnose der Pylorusinsuffizienz, wenn es schon zum Auftreten der Sarcine ni faecibus gekommen ist, auch ohne Fäzesuntersuchung mit den üblichen diagnostischen Maßnahmen — Perkussion, eventuell Palpation, Mageninhaltsuntersuchung — eine sehr leichte

ist, und daß auf den Nachweis der Sarzine hin allein sich eine Diagnose auf Pylorusinsuffizienz nicht wird stellen lassen; er hat Sarzine sowohl in Fällen mit ganz normalem Magenbefund angetroffen, als auch in Fällen von benigner Pylorusstenose und erinnert sich besonders eines derartigen benignen Falles, wo in den Fäzes eines etwa 55jährigen Patienten, der an hochgradiger Dilatatio ventriculi im Gefolge einer solchen benignen Stenose litt, sowohl die Stagnation, als auch der zur Zeit dieser Stagnation positive Befund von Sarcine in faecibus verschwanden, wenn der Patient, was von Zeit zu Zeit geschah, sich einer etwa 14tägigen Behandlung mit Magenausspülung unterzog.) F. L.

Amöbendysenterie. A. Albu demonstrierte im Verein für innere Medizin in Berlin (Dezember 1904) Präparate eines Falles von Amöbendysenterie. Die Infektion hatte in Schlesien stattgefunden. Das 14tägige Prodromalstadium verlief unter dem Bilde des akuten Darmkartarrhs, danach entwickelte sich typische Dysenterie mit Entleerung von 10—14 blutig-schleimigen Stühlen täglich. In den Fäzes waren wochenlang Dysenterieamöben vorhanden. F. L.

Ueber kongenitale Pylorusstenose machte Grisson im ärztlichen Verein in Hamburg (15. November 1904) interessante Angaben. Er demonstrierte ein blühend aussehendes $2^1/_2$ Jahre altes Kind, bei dem im Alter von neun Wochen wegen schwerster Symptome von Pylorusstenose die Laparatomie mit unerwartet gutem Erfolg ausgeführt worden war. Bei der Operation war der Pylorus kaum für eine Sonde durchgängig. Recht bemerkenswert ist in diesem Falle, daß eine jetzt geborne Schwester dieses Kindes ebenfalls Symptome von Pylorospasmus bietet. F. L.

d) Leber.

Ueber den Verschluß des Ductus Choledochus durch Echinokokkenblasen. Von Dr. Fr. Sasse.

Vf. hat zwei Fälle beobachtet, die unter ähnlichen Erscheinungen verliefen und beide durch Choledochotomie unter gleichzeitiger Eröffnung des primären Herdes zur Heilung gebracht wurden.

Es handelte sich im ersten Falle um eine 32jährige Patientin, die unter Schüttelfrösten und Lebervergrößerung erkrankte. Im Verlaufe der Krankheit trat plötzlich schwerer Ikterus mit vollständiger Acholie des Stuhles auf. Bei der Operation entleerten sich nach Inzision des Choledochus schmierige eiterige Massen, die mit Kokkenblasen vermischt waren. Die Palpation der Leber ergab im linken Lappen eine fluktuierende Geschwulst, aus welcher ebenfalls Echinokokkenblasen entleert wurden; die Untersuchung ergab eine weite Kommunikation zwischen dem Echinokokkensack und dem Choledochus. Die Heilung der Patientin erfolgte ziemlich rasch.

Der zweite Fall hatte eine ganz ähnliche Kranken- und Operationsgeschichte, nur war die Heilung durch einen starken Gallenverlust und die später notwendig gewordene Operation zum Verschlusse des Choledochus bedeutend verzögert.

Die Diagnose des Durchbruches des Echinokokkus in den Choledochus kann unter sehr günstigen Umständen aus dem Ikterus, bei gleichzeitigem Abgang von Echinokokkusblasen, gestellt werden; vermuten kann man ihn bei Choledochusverschluß und einer gleichzeitig vorhandenen zystischen Lebergeschwulst. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 74, H. 4.) E.

e) Niere.

Ueber Ren mobilis bei Dyspeptischen. Von J. M. Richomme.

Vf. zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlußfolgerungen: 1. Es ist verfehlt, einen Ren mobilis stets als die Ursache einer Dyspepsie anzusehen, die sowohl idiopathischen als nervösen Ursprungs sein kann. 2. Dyspepsie und Ren mobilis stehen insoferne in einem ätiologischen Zusammenhang, als sie beide durch Beeinflussung des Allgemeinzustandes ihr resp. Auftreten erleichtern. Meist bestehen beide Affektionen gleichzeitig nebeneinander auf der gemeinsamen Basis einer

Neurasthenie oder Hysterie. (Thèse de Bordeaux, Nr. 125, 1904.) F. L.

Ueber Aetiologie, Pathogenese und chirurgische Behandlung der viszeralen Ptosen. Von Antoine.

Ein chirurgischer Eingriff ist bei viszeralen Ptosen indiziert, wenn sie zu unerträglichen Beschwerden führen und wenn weder durch interne Behandlung noch durch das Tragen einer Leibbinde eine Erleichterung geschaffen werden kann. Da bei der Operation das Peritoneum nicht eröffnet zu werden braucht, ist der Eingriff nicht allzu schwer. Als Hauptursachen für das Zustandekommen einer viszeralen Ptose sieht Vf. hereditäre Verhältnisse, Schnüren und Gravidität an. (Thèse de Bordeaux, Nr. 122, 1904.) F. L.

Ueber die Ursachen des Ren mobilis. Von Dr. Fritz Loeb in München. (Leipzig 1902.)

Im Anschluß an beide vorstehenden französischen Arbeiten möchte ich hier kurz über die Ergebnisse meiner Untersuchungen berichten: Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Geburten und Ren mobilis kam ich zu der Meinung: Wir können nicht zugeben, daß Geburten, auch wenn sie häufig sind, ätiologisch wichtige Momente abgeben für das Zustandekommen des Ren mobilis. Wenn dieses Moment so häufig wäre, wie von vielen Seiten behauptet wird (vergl. auch vorstehendes Referat), wie wollten wir da erklären, daß doch immerhin der vierte Teil unserer Patientinnen nicht entbunden hat, daß wir anderseits eine ganze Reihe von Männern und selbst Kinder mit Wanderniere behaftet sehen? Das Ueberstehen von Schwangerschaften ist an sich nicht imstande, primär eine normal bewegliche Niere zu einer hypermobilen zu machen, wohl aber kann es auf der Basis einer Asthenia congenita universalis einen Ren mobilis auslösen. Es kann eine Frau durch eine Reihe überstandener Geburten oder Graviditäten den anatomisch charakterisierten asthenischen Typus nicht erwerben, aber es können ihre Abdominalorgane durch Geburten und Puerperien infolge der außerordentlichen. Verschiedenheit des Tonus der Ligamente während Schwanschaft, Geburt und Wehen und nach denselben so viel an dem normalen Tonus einbüßen, daß für die Auslösung eines Ren mobilis dieselben günstigen Bedingungen gegeben sind, wie bei angeborner Asthenie und Atonie der Ligamente.

Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Schnüren und Ren mobilis ist folgende Ansicht ausgesprochen: Wo eine Disposition zur Wanderniere besteht, kann diese letztere durch Schnüren ausgelöst werden, wo eine solche Anlage nicht besteht, da wird auch das Schnüren nur in seltenen Fällen primäre Ursache des Ren mobilis sein.

Es führte die statistisch-klinische Untersuchung über die Ursachen des Ren mobilis zu der Ueberzeugung, daß dieser ein Symptom einer konstitutionellen Anomalie des Körpers, der Asthenia congenita universalis (Stiller) ist. (Autorreferat.)

Ueber die krankhaften Veränderungen des Urins bei sekundärer Syphilis und Quecksilberkuren. Von E. Adler.

Die im frühen Stadium der Syphilis auftretenden Albuminurien, bezw. Nierenreizungen sind wegen der Seltenheit der Affektion noch wenig gekannt und studiert. Allenthalben werde anerkannt, daß das Gebiet der Nierensyphilis noch weiteren sorgfältigen klinischen Studiums bedürfe, trotzdem die Zahl der Autoren, welche diesem Gegenstand ihre Aufmerksamkeit geschenkt haben, keineswegs eine kleine ist. Die von Karvonen im Jahre 1898 vorgenommene kritische Sichtung der bis dahin publizierten Fälle bildet für den Autor die wesentliche Grundlage seiner Ausführungen, so insbesondere in Bezug auf die Darstellung der Symptomatologie. Die leichteren Krankheitsfälle zeichnen sich durch die geringe Eiweißmenge aus, und dementsprechend sind auch etwaige andere Symptome (Oedeme) geringfügig. „Die Nephritis leitet sich öfter unmerklich, in anderen Fällen mit ausgesprochen subjektiven Symptomen, wie Kopfschmerz

und Mattigkeit u. s. w. ein." Hier wäre das symptomlose Auftreten von Nephritiden anderer Genese besonders zu betonen gewesen, es fällt eben jeder Unterschied gegenüber anderen Nephritiden aus. Für die spezielle Diagnose der Nephritis auf syphilitischer Grundlage in diesem Stadium hat man bloß zwei Anhaltspunkte: den ersten möchten wir nicht allzusehr überschätzen; er besteht einfach in der kurz vorher stattgehabten Infektion, in gleichzeitig vorhandenen Sekundärerscheinungen, während andere Erklärungsursachen fehlen. (Ja, wissen wir denn sonst immer, worauf eine bestehende Nephritis zurückzuführen ist? Ref.) Mehr Bedeutung messen wir dem zweiten — sonst in der Regel in letzter Linie stehenden — Punkt bei, es ist der besonders günstige Erfolg der antiluetischen Behandlung. Ganz so feststehend ist allerdings auch diese letztere Beobachtung noch nicht, verwerfen doch noch manche Autoren die Verwendung des Quecksilbers bei dieser Krankheitsform. Der Vf. schildert nun zwei Fälle, die der eigenen Beobachtung (bezw. der Ledermanns) entnommen sind.

Zum Schlusse wendet er sich der merkuriellen Albuminurie zu; er stellt aus dem Material Ledermanns eine Tabelle von 31 solchen Fällen zusammen, die, aufs Gesamtmaterial berechnet, ungefähr 5% entsprechen; die Zahl stimmt mit den von Heller und Behrend gefundenen überein, erscheint uns aber doch sehr hoch. Betont sei, daß der größere Teil der Fälle mittels Inunktionen von Resorbinquecksilber behandelt wurde. Bei einem Teil der Kranken bildete die Albuminurie das einzige Symptom der merkuriellen Intoxikation, bloß wenige zeigten auch Gingivitis oder Durchfälle. Wichtig ist, daß die Albuminuria mercurialis fast in der Regel ganz unmerklich einsetzt und auch ziemlich lange so verläuft; die Notwendigkeit der wiederholten Urinuntersuchungen während der Quecksilberapplikation, gleichgiltig, in welcher Form, ergibt sich daraus von selbst. — (Dermat. Zeitschr., Bd. 11, H. 12.) D.

f) Männliches Genitale.

Beiträge zur Histologie der Epididymitis gonorrhoica. Von Josef Sellei.

Das vom Autor bearbeitete Material ist das reichste, das bis nun in dieser Beziehung in Rechnung gezogen werden konnte. Er hat 15 Fälle aufgearbeitet, von denen zwei subakute, die übrigen inveterierte Epididymitiden betrafen; die subakuten stammen von plötzlich (infolge Unglücksfalles) verstorbenen Individuen, bei ihnen dürfte die Erkrankung auf ungefähr 3—4 Wochen zurückdatieren, während die übrigen seit längerer Zeit abgelaufene Epididymitiden repräsentieren.

Die Hauptveränderungen findet der Autor, wie auch G. Nobl in seinem ausführlich geschilderten Falle, innerhalb der Kanälchen des Nebenhodens, namentlich in der Kauda, das Epithel zeigt Zeichen der Degeneration und ist stellenweise losgelöst, das Bindegewebe um die Kanälchen ergibt die Bildung neuer Bindegewebszellen, spärliche Lymphozyten — Leukozyten seien kaum zu sehen, als Beweis, daß der Untersuchung nur subakute Fälle zugrunde liegen. Die Entzündung ist also in erster Linie interkanalikulärer Natur (sollte wohl richtig heißen intrakanalikulärer Natur), während Aenderungen des Bindegewebes auch bei der subakuten Entzündung nur eine sekundäre Rolle spielen. In einzelnen Fällen fanden sich auch im Hoden Veränderungen, insoferne als einzelne Spermakanälchen zugrunde gegangen waren, nichtsdestoweniger ist die nach Epididymitis auftretende Oligo- oder Azoospermie immer nur auf Veränderungen der Nebenhodenkanälchen zurückzuführen.

Was die Befunde der chronischen Nebenhodenentzündung anlangt, so ergeben sich auch hier die Hauptänderungen, entsprechend dem akuten Prozeß, in der Kauda am deutlichsten, können aber je nach Ausdehnung der Entzündung auch bis in den Kopfteil nachgewiesen werden. Durch die Vermehrung des Bindegewebes, dann infolge der narben- und keloidartigen Veränderungen desselben werden die Ductuli efferentes zusammengedrückt und erleiden mannigfache De-

formationen, ganz abgesehen von jener Deformation, die die Folge der inter-kanalikulären (sollte wohl wiederum intra kanalikulären heißen) Degenerationsvorgänge ist.

Färbungen auf Gonokokken gelangen dem Autor in keinem einzigen Falle, er ist nicht sicher, ob dies dem Färbeverfahren zur Last zu legen sei oder ob die Gonokokken bereits zugrunde gegangen waren. Im ganzen und großen macht die Darstellung den Eindruck, als ob es dem Autor bloß um eine Schilderung der Veränderungen in groben Zügen zu tun gewesen wäre, was bei einem so reichen Material gewiß bedauerlich ist. — (Dermat. Zeitschr., XI, 4.) D.

g) Auge.

Augenleiden infolge von Herpes Zoster ophthalmicus. Von Strzeminski.

M. L., 47 Jahre alt, erkrankte im Mai 1903 unter Fiebererscheinungen (38·5°), allgemeiner Mattigkeit, Ueblichkeit und Kopfschmerzen, speziell der rechten Kopfhälfte, an folgendem Ausschlag: Die Haut des rechten Oberlides, des benachbarten Nasenteiles und der Stirn bis zur Haargrenze geschwellt, von durchbluteten, mit stecknadelkopfgroßen, ganz durchsichtigen Bläschen besetzten Plaques eingenommen — dieser Ausschlag überschreitet die Mittellinie nicht. Die Haut ist anästhetisch, und empfindet Patient in diesem Bereiche Kälte und Pamstigsein, sowie starke Schmerzen. Die rechte Präaurikulardrüse ist geschwellt. Rechtes Auge lichtscheu, stark tränend, stark injiziert, die Hornhaut anästhetisch in toto gleichmäßig grau getrübt, von einem dichten Netz sehr feiner zarter Linien durchsetzt. Iris normal, Pupille eng, schlecht reagierend, Fundus nicht sichtbar, T—1, Visus 0·01.

Quoad therapiam wurde der Herpes Zoster mit Oxydum Zinci bestreut, das Auge mit Atropin und heißen Umschlägen behandelt.

Nach acht Tagen bedeutende Besserung, nach ungefähr zwei Monaten das Augenleiden vollständig geheilt. Der Ausschlag hinterließ deutliche, für Herpes Zoster charakteristische Narben.

Anschließend an diese Beobachtung produziert der Autor zwei frühere Fälle aus seiner Praxis:

a) Bläschenbildung und kleine Geschwürchen an der Conjunctiva bulbi und der Hornhaut mit Hinterlassung von zarten Hornhautnarben.

b) Partielle, auch nach zwei Jahren noch beschränkt gebliebene temporale sektorenförmige Atrophie des Sehnerven des rechten Auges im Anschluß an einen drei Wochen nach der Abheilung vorhanden gewesenen Herpes Zoster dieser Seite.

Hinde behauptet, daß in 51 Fällen von Zoster ophthalmicus 19mal Komplikationen von Seiten des Bulbus vorhanden waren.

Blaschko nimmt Miterkrankung des Auges in $^2/_3$ der Fälle an.

Die einfachste Art der Erkrankung ist Konjunktivitis mit an Phlyctenulosa erinnernder Bläschenbildung, dabei ist die Bindehaut unterempfindlich, ja selbst anästhetisch; sehr selten ist die Sklera in Mitleidenschaft gezogen.

Am häufigsten erkrankt die Kornea, u. zw. in etwa $^1/_4$ oder $^1/_3$ der Fälle, entweder auf der Höhe des Zosterprozesses oder zu Beginn der Eintrocknung: es treten Schmerzen um die Augenhöhle auf, verbunden mit starker Lichtscheu und Injektion der Konjunktiva.

Bei der typischen Hornhauterkrankung entstehen durch Epithelabhebungen kleine, durchsichtige, in Gruppen hauptsächlich um den oberen inneren Hornhautrand angeordnete Bläschen, die zumeist in Nachschüben auftreten. Jeder Nachschub ist mit Schmerzen verbunden; die Bläschen platzen sehr rasch und hinterlassen oberflächliche Geschwürchen mit ringsherum trüber Hornhaut; nach vollständiger Abheilung bleiben zarte Narben zurück, welche, weil randständig (die Geschwürchen sitzen, wie schon erwähnt, zumeist randständig und nur selten zentral), keine Verschlechterung des Sehens bedingen. Mit dem Moment des Platzens der Bläschen hört auch

die Lichtscheu und der Schmerz auf. Während der ganzen Erkrankung ist die Hornhaut weniger feucht als normal und mehr oder weniger hypästhetisch; der intraokulare Druck ist immer herabgesetzt.

Sulzer, Wangler, Hutchinson, Borman, Jacksch, Saemisch und Emmert haben parenchymatöse Hornhauterkrankungen im Gefolge von Zoster konstatiert.

Gefäßneubildung kommt bei gar keiner der Hornhauterkrankungen im Gefolge von Zoster vor.

Hie und da kommt es zu konsekutiver Iritis im Gefolge der Keratitis; aber auch selbständige seroplastische Iritis tritt im Akmestadium, resp. im Abschuppungsstadium des Zoster auf. Gewöhnlich sind es leichtere Formen der Iritis, aber auch schwere Formen, ja solche, die zur vollständigen Erblindung geführt haben, wurden beobachtet, so speziell in einem Falle von Machek. In diesem Falle traten bei einem 50jährigen, an schwerem Zoster erkrankten Manne, im Abschuppungsstadium des Zoster heftige Kopf- und Augenschmerzen auf, die Iris verfärbte sich ganz dunkel, die Pupille wurde unregelmäßig, ein plastisches Exsudat füllte die tiefer gewordene Vorderkammer aus; einige Tage darauf kam es zu starkem Blutaustritt in die Vorderkammer, nachdem zuvor der von der Pupille nach außen gelegene Teil des Irisgewebes stark angeschwollen und von Gefäßen durchsetzt erschien. Das Blut in der Vorderkammer wurde alsbald resorbiert, jedoch kamen neue Nachschübe.

T—1. Der ganze Prozeß dauerte drei Monate und endete mit Herabsetzung des Sehvermögens bis auf Lichtempfindung. Die Schmerzen im Auge dauerten bis zu dem zwei Jahre später erfolgten Tode des Patienten an Pneumonie.

Noyes, Jeffries, Copper konstatierten Zyklitiden im Gefolge von Zoster.

Sattler konnte bei der Sektion eines Falles von Zoster chronische Zyklitis und Chorioiditis konstatieren.

Glaukom im Gefolge von Zoster ist zweifelhaft. Die Beobachtung von Pechdo bezieht sich auf einen Fall, in dem sechs Jahre vor Ausbruch des Glaukoms Zoster auf derselben Seite und die Schmerzen beim Zoster die ganze Zeit hindurch bestanden.

Hutchinson, Gould, Borman, Hübsch, Strzeminski und andere haben Neuritis optica und Atrophia nervi optici im Gefolge von Zoster beschrieben.

Hutchinson, Schiffer, Schlesinger beobachteten komplette Okulomotoriuslähmung, Ginsberg partielle Okulomotoriuslähmung, Lesser Trochlearislähmung.

Wyss beschreibt einen Fall, in welchem es zur Venenentzündung innerhalb und außerhalb des Bulbus, zur Thrombosis venae ophthalmicae und im Gefolge zu Lungenödem mit Exitus letalis gekommen ist. — Postep okutistyczny, XI., 1904.) Dr. Jänner.

h) Nervensystem.

Diagnose und Behandlung der Frühstadien der Tabes. Von Prof. F. Schultze in Bonn.

Den Tabiker führen gewöhnlich die lanzinierenden Schmerzen, manchmal aber auch gewisse scheinbar fernliegende Symptome zum Arzt, welch letztere oft verkannt werden. Hieher gehören die gastrischen Krisen, plötzlich auftretende Schmerzen in der Magengegend mit Erbrechen, die Stunden bis Wochen anhalten können. Sie können mit Gallenstein- und Nierenkoliken, mit anderen Magenkrankheiten verwechselt werden. Sie können auch nur andeutungsweise als Kardialgien, Kratzen im Halse, Speichelfluß, vorhanden sein. Die viel seltener auftretenden Darmkrisen, plötzlich eintretende Anfälle von schmerzlosen Durchfällen, ferner Anfälle von Tachykordien oder Angina pectoris können ebenfalls als Frühsymptom auftreten, ferner schwere Kehlkopfstörungen, Lähmungen oder sensible Reizzustände. Trophische Störungen, wie Mal perforant, ferner schmerzlose Gelenkschwellungen oder Knochenbrüche, Ausfallen der Zähne, können den Kranken zuerst zum Arzte führen, ferner frühzeitig auftretende Blasenstörungen oder Impotenz. Ebenso können Sehstörungen oder

Augenmuskellähmungen, seltener Gehörstörungen, die Tabes einleiten, ebenso neurasthenische Symptome, Kopfweh, Schwindel, Ermüdbarkeit, ferner zunehmende Abmagerung. Um nun die Tabes möglichst früh erkennen zu können, ist es notwendig, bei jedem Kranken Pupillen und Sehnenreflexe zu untersuchen, ferner nach Lues zu forschen. Ist letztere sicher, so haben auch die kleinsten der erwähnten Einzelheiten eine große Bedeutung. Man suche ferner nach horizontalen hypästhetischen oder hyperästhetischen Querstreifen am Thorax, nach fleckweisen Analgesien an den Extremitäten. Auch auf die Zytodiagnostik der durch Lumbalpunktion gewonnenen Zerebrospinalflüssigkeit wird neuerdings großer Wert gelegt. Das Erhaltensein der Pupillar- und Sehnenreflexe beweist nichts gegen eine beginnende Tabes, wenn andere Symptome dafür sprechen. Die Therapie besteht in der Abhaltung aller Arten von Schädlichkeiten, in zweckmäßiger, lange und mit Pausen fortgesetzter antiluetischer Behandlung, ferner in entsprechender Behandlung der Einzelsymptome. — (Deutsche Med. Wochenschr., Nr. 48, 1904.)

Rosenthal.

Ein Fall von Atemstillstand bei Tabes.

Von Dr. A. Loeb in Straßburg.

Ein 35jähriger Patient gelangt im Zustande höchster Erschöpfung zur Aufnahme. Er erbricht reichliche kaffeesatzähnliche Massen, Magen höchst druckempfindlich. Plötzlich tritt unter leichten klonischen Armzuckungen Zyanose und vollkommener Atmungsstillstand ein, während der Puls kräftig weiterschlägt. Laborde'sche Zungentraktionen bringen die Atmung rasch wieder in Gang. Die jetzt aufgenommene Anamnese ergab, daß Patient vor fünf Jahren Lues akquiriert hatte, seit einem Jahr an lanzinierenden Schmerzen, Magenbeschwerden, saurem Aufstoßen litt und bereits dreimal Erstickungsanfälle gehabt hatte. Objektiv fand sich fast totale Pupillenstarre, Fehlen der Reflexe, Romberg, Ataxie, Abblassung der Papillen. Die Kehlkopfuntersuchung ergab beiderseitige Postikuslähmung mit Internus- und Transversusparese. Während der nächsten Monate wurden wiederholt Erstickungsanfälle beobachtet. Gegen die Anfälle erwies sich Atropin als wirksam, Morphium schien sie ungünstig zu beeinflussen. Die Stimmbandlähmungen sind wohlbekannte Symptome der Tabes; hier dürfte es sich jedoch um eine zentrale Störung handeln, um eine pathologische Erregbarkeit, vielleicht auch eine organische Veränderung des Atmungszentrums in der Medulla oblongata. Da Morphium auf dieses Zentrum lähmend wirkt, wäre es bei tabischen Krisen nur mit Vorsicht anzuwenden, während Atropin (0·8 bis 1 mgr) günstigen Erfolg zu haben scheint. — (Münch. Med. Wochenschr., Nr. 41, 1904.)

Rosenthal.

Zur Klinik der sensiblen Mononeuritis.

Von Dr. R. Kutner in Berlin.

1. Ein 46jähriger Patient, der sich einem heftigen Zuge ausgesetzt hatte, fühlte bald darauf Parästhesien in der linken Kopfhälfte, spärlichere Schweißsekretion und Unvermögen, kalt und warm zu unterscheiden, in der linken Gesichtshälfte. Objektiv fand sich Hypästhesie für alle Empfindungsqualitäten im Gebiete des linken Trigeminus. Der II. Ast war am stärksten betroffen. Die Schleimhautreflexe der linken Seite fehlten. Geschmack auf den vorderen zwei Dritteln der linken Zungenhälfte aufgehoben. Kaumuskulatur intakt. Störung nach vierjähriger Dauer unverändert. Dieser Umstand läßt eine atypische Tabes oder Syringomyelie ausschließen, ebenso besteht kein Anhaltspunkt für eine sonstige zentrale Affektion. Es handelt sich hier um eine rheumatische Neuritis des sensiblen Trigeminus, ein noch nicht beschriebenes Vorkommnis.

2. Zwei Alkoholdeliranten, die nach Ablauf des Deliriums über Parästhesien und Schmerzen in den Füßen klagten, wiesen bei der Untersuchung Hypästhesie für alle Empfindungsqualitäten, der eine im Gebiete des n. poronaeus superfic., der im Gebiete des n. peronaeus superfic., der Affektion war in beiden Fällen doppelseitig. Hier handelte es sich um einen der sehr seltenen Fälle von sensibler Mononeuritis eines spinalen Nerven unter dem

Einflusse des Alkoholismus. — (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 17, H. 1.)
Rosenthal.

Hypophysistumoren ohne Akromegalie. Von Dr. J. Kollarits in Pest.

Nach P. Marie ist die Hypophysisgeschwulst die Ursache der Akromegalie. Nun sind aber Fälle von Erkrankung und Zerstörung der Drüse ohne Akromegalie bekannt. Fälle, wo die Patienten in höherem Alter standen, müssen aus dem Spiele bleiben, denn ein auf Knochenwachstum beruhendes Leiden kann nach einem gewissen Alter nicht mehr entstehen. Strümpell, Schultze, Jendrassik sind im Gegensatz zu P. Marie der Ansicht, daß die Geschwulst der Hypophyse nicht der Grund, sondern ein Teilsymptom der Akromegalie sei, ebenso wie sich auch andere Drüsen während dieser Krankheit vergrößern können. Vf. hat zwei Fälle beobachtet.

1. Ein 16jähriges Mädchen, das Lues akquiriert hatte, litt nach sechs Monaten an heftigen nächtlichen Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, rechtsseitiger Abduzenslähmung. Antiluetische Kur erfolglos. Fortschreitende Lähmung beider Okulom. und Abduz. Tonische Anfälle mit Bewußtlosigkeit, Auftreten rechtsseitiger Akzessorius- und Stimmbandlähmung. Die Sektion ergab ein Sarkom der Hypophyse, von welcher kein normaler Rest vorhanden war. Dauer des Leidens neun Monate.

2. Eine 28jährige Patientin erkrankte an heftigen nächtlichen Kopfschmerzen, nach sechs Monaten Amaurose, Lähmung des linken Aubduzens, beginnende Stauungspapille. Parästhesien im Gebiete beider Trigemini Exophthalmus. Die Sektion ergab ein Angiosarkom der Drüse, ohne gesunde Reste derselben.

Beide Fälle beweisen, daß auch bei vollkommener Zerstörung der Drüse die Akromegalie fehlen kann, ferner daß nächtliche Kopfschmerzen nicht diagnostisch für Lues und gegen Tumor sprechen. — (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 28, H. 1.)
Rosenthal.

i) Haut.

Dermatitis exfoliativa neonatorum. Von Prim.-Dozent Dr. Wilhelm Knöpfelmacher und Dr. Karl Leiner.

Zwei eigene Beobachtungen, gleichwie die Würdigung der literarischen Mitteilungen führen die Autoren zu der Ansicht, daß die bisher unter dem Namen der Dermatitis exfoliativa neonaturum Ritter publizierten Fälle kein selbständiges Krankheitsbild repräsentieren, sondern als schwere Formen des Pemphigus neonatorum anzusprechen seien. Zur Begründung dieser dem Einwand manche Handhaben bietenden These wird zunächst angeführt, daß das Hauptsymptom der Dermatitis exfoliativa neonatorum, die Epidermolysis, auch beim Pemphigus neonatorum vorkommt und daß die gutartige Form des Pemphigus neonatorum in die Dermatitis exfoliativa neonatorum übergehen kann. Weiterhin wird die Identifizierung beider Krankheitsprozesse mit dem Hinweise bekräftigt, daß ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum bei Uebertragung auf eine Schwester Pemphigus contagiosus hervorgerufen haben soll. Es sind das Konklusionen, die aus folgenden zwei Beobachtungen abgeleitet wurden:

I. Ein 5 Tage altes Kind zeigt am Bauch und Rücken im ganzen sechs linsen- bis kreuzergroße, schlaffe, oberflächliche Blasen. Sechs Tage später zeigt die Haut der Wangen und des Rumpfes eine lebhaft rote und durch bloßliegendes Rete bedingte glänzende Beschaffenheit. In blaß gebliebenen Regionen ist die normale Oberhaut auf große Strecken leicht abzuziehen. Zwei Tage später, nachdem die spontane Ablösung der Hornschicht auf die oberen und unteren Extremitäten vorgeschritten, Exitus letalis.

II. Große, schwappende, rot halonierte Blasen bei einem Kinde am fünften Lebenstage. Wenige Tage später zwei Drittel Körperoberfläche der Epidermis beraubt, respektive mit losgelösten Lamellen bedeckt. Das Korium stark gerötet, teils nässend, teils trocken, dabei in manchen Regionen anscheinend normale Oberhaut, zahlreiche Blasen, diffus zerstreut,

mit getrübtem Inhalt. Am nächsten Tage Exitus letalis. Einige Tage nach dem Exitus des Kindes wurde die Schwester desselben (2 Jahre) wegen eines Blasenausschlages in die Ambulanz gebracht. Nach Angabe der Mutter wurde das Kind in derselben Wanne wie das Neugeborene gebadet. Dieses Kind bot das geläufige Krankheitsbild eines mäßig entwickelten, aus singulären verkrusteten Blasen bestehenden Pemphigus contagiosus dar.

Wenn die Vf. mit diesen Beobachtungen das oft genug verfolgte Wechselverhältnis der mehr lokalisierten leichten Formen des Pemphigus contagiosus zu der selteneren Varietät des rasch fortschreitenden, zu totaler Exfoliation führenden Prozesses zu illustrieren wünschen, so kann ihnen nur voll beigepflichtet werden. Sie beweisen hiemit neuerdings, daß die maligne Verlaufsweise des Pemphigus neonatorum auch sporadisch außerhalb von Masseninfektionen erfolgen kann und lediglich nur auf eine intensivere Akzentuierung der Veränderungen zurückzuführen ist, welche das Substrat der auf gleicher ätiologischer Basis beruhenden gutartigen Form bedingen.

Hält man sich indes das prägnante Symptomenbild der Ritter'schen Krankheit mit der initialen diffusen Erythrodermie, der durch seröse Durchtränkung bedingten, pastösgeschwellten Hautauftreibung, der bald darauf folgenden universellen exsudativen Epidermisabhebung und nur nebensächlichen, oft ganz fehlenden Blasenbildung gegenwärtig, so sind die vorerwähnten Beobachtungen kaum geeignet, die Identität des malignen Pemphigus neonatorum mit der exfoliativen Dermatitis Ritters überzeugend darzutun. Hier handelt es sich um einen primär in der Kutis sich abspielenden exsudativen Entzündungsvorgang, der konsekutiv die Oberhaut in diffuser Weise in Mitleidenschaft zieht. In den Beobachtungen der Vf. aber sind es zunächst auf normaler Haut aufschießende infektiöse Blasen, die bei der Virulenz ihres Inhaltes eine rasch fortschreitende Oberflächenentzündung, respektive Exfoliation bedingen, welch letztere erst später zu sekundären Veränderungen des Papillarkörpers zu führen vermag. Wir glauben nicht, daß die Sonderstellung der Ritter'schen Krankheit so bald zu erschüttern sein wird, dem setzen sowohl ihre charakteristische, keinem weiteren Prozeß eigene Entstehungsweise, als auch die klinisch und anatomisch gleich scharf präzisierte Erscheinungsform einen viel zu fest fundierten Widerstand entgegen. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 60, Ergänzungsheft.) N.

k) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Beitrag zur Pathogenese der transitorischen Aphasie bei Typhus abdominalis und ihrer Beziehung zum akuten zirkumskripten Oedem (Hydrops hypostrophos). Von Dr. B. Hahn in Wien.

Ein 12jähriger Knabe, der seit 14 Tagen über Kopfschmerzen, Mattigkeit und Appetitlosigeit klagte, erkrankte an typisch verlaufendem Typhus. In der vierten Woche traten am rechten Unterarm und an der Wange urtikariaartige gerötete Stellen, Riesenquaddeln, auf. Zwei Tage darauf plötzlich eintretende motorische Aphasie, zugleich leichte Parese des rechten Mundfazialis. Nach sechs Tagen vollkommenes Schwinden der Störung. Eine solche transitorische motorische Aphasie ist ein bei Typhus schon oft beobachtetes Symptom; sie zeichnet sich durch ihr plötzliches Kommen und Verschwinden aus. Organische Ursachen, wie Embolien oder zirkumskripte Hämorrhagien, können keine derartige Störung veranlassen. Ihre transitorische Eigenschaft weist auf eine passagere Ursache hin. Die initialen Kopfschmerzen, die Somnolenz, die bei Typhus fast typische Schwerhörigkeit dürften ebenso wie die Aphasie und die Urtikaria auf die vom Darmtrakt aus aufgenommenen Toxine zurückzuführen sein. Diese erzeugen vasomotorische Veränderungen, auf welche die genannten Symptome zurückzuführen sind. Das bekannte akute umschriebene Hautödem hat Analoga in den inneren Organen. Auch die transitorische Aphasie bei Typhus dürfte



hieher zu rechnen sein, wofür ihr rasches Auftreten und Schwinden, ihr Erscheinen in der Rekonvaleszenz, wo die Restitution aller anatomischen Schädigungen stattfindet, weiters ihr bisweilen intermittierender Charakter spricht. — (Wien. Klin. Wochenschr., Nr. 46, 1904.)

Rosenthal.

Hämagglutinations-Untersuchungen bei syphilitischen und gesunden Individuen. Von Lad. Deutsch und J. Sellei.

Den Leitfaden für die vorliegenden Untersuchungen bildet der Gedanke, in dem sicherlich veränderten Blute der Syphilitiker und als Folge dieser Aenderungen Anhaltspunkte zu gewinnen, welche gestatten möchten, das Blut irgend eines Individuums als syphilitisch zu erkennen oder nicht. Dazu haben die bisherigen Bestrebungen und Methoden, die sich auf die molekulare Konzentration, Hämoglobin- und Eisengehalt, das spezifische Gewicht, die Alkalizität des Blutes, sowie auf die Zählung der roten Blutkörperchen erstreckten, nicht ausgereicht.

Die Autoren hoffen nun auf neuen Wegen zu für die Praxis verwertbaren Schlüssen zu kommen, insbesondere handelte es sich darum, zu zeigen, ob das Blut des Syphilitischen in seiner Resistenz gegenüber dem Blute des Gesunden geschwächt sei oder nicht. Aus diesem Grunde wendeten sie sich ihren Agglutinationsversuchen zu, denen einige zuzügliche allgemeine Vorbemerkungen vorausgeschickt sind. Die an ziemlich zahlreichen Individuen durchgeführten Versuche ergaben, „daß die etwaigen Agglutinationsunterschiede zwischen dem Blute luetischer und gesunder Individuen nicht für solche angesehen werden können, die über den Rahmen physiologischer Unterschiede hinausgingen". Es wäre daher das luetische Blut mit Bezug auf seine Agglutinationsverhältnisse als normal zu betrachten.

Die weiteren Untersuchungen der Autoren bezogen sich auf Phänomene der Isoagglutination. In dieser Beziehung glauben sie festgestellt zu haben, daß ebenso wie die mangelnde Agglutinabilität noch kein gesunder, sondern ein zufälliger Zustand sei, auch die starke Agglutinationsfähigkeit noch kein krankhafter Zustand ist. Ja sie mußten zum Schlusse kommen, daß die Agglutinationsverhältnisse des Blutes syphilitischer Individuen sich überhaupt nicht von normalen Verhältnissen unterscheiden, so daß die weiteren Untersuchungen bloß Aufschlüsse über normale menschliche Isoagglutination geben. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 72, H. 3.)

D.

1) Konstitutionskrankheiten.

Ueber nicht diabetische Glykosurie. Von G. Hoppe-Seyler in Kiel.

Wenn die Untersuchung des Urins mit den gewöhnlichen Reduktionsproben ein positives Resultat gibt, so muß man dabei im Auge behalten, daß es sich nicht immer um Ausscheidung von Traubenzucker handelt, sondern gelegentlich auch um andere verwandte Stoffe oder solche, die ebenfalls in alkalischer Lösung reduzierend wirken.

Am Ende der Gravidität, besonders zu Beginn der Laktation, tritt manchmal im Urin Milchzucker auf (Laktationsglykosurie, Laktosurie). Der Milchzucker gibt zwar die Reduktionsproben und dreht die Ebene des polarisierten Lichtes nach rechts, er gärt aber nicht mit Hefe. Bei Diabetikern kann neben Traubenzucker auch Fruchtzucker (Lävulose) vorkommen. Ferner kommen die Zuckerarten mit fünf Kohlenstoffatomen (Pentosen) in Betracht. Gleichfalls reduzierend wirken die Glykuronsäuren, ohne zu vergären; sie drehen aber unzersetzt die Polarisationsebene nach links, zum Unterschied von der Harnpentose. Vor Irrtümern in dieser Beziehung und Verwechslung dieser reduzierenden Substanzen mit der Ausscheidung von Traubenzucker schützt am besten die Anstellung der Gärungsprobe mit frischer, reiner Hefe unter Kontrollierung etwaiger Selbstgärung derselben durch Ansetzen einer Probe mit Wasser. Zum Schlusse seiner Ausführungen erörterte Vf. die Fälle, wo die Glykosurie

nichtdiabetischen Ursprungs ist, d. h. nicht einer ausgebildeten krankhaften Störung des Kohlehydratstoffwechsels entspricht. — (Med. Klinik Nr. 2, 1905.) F. L.

Ueber die Prognose des Diabetes mellitus sprach M. F. Hirschfeld im Berliner Verein für innere Medizin (Sitzung vom 7. Februar 1904).

Man unterscheidet im allgemeinen nach dem Grade der Glykosurie eine schwere und eine leichte Form des Diabetes. Zu der letzteren Form rechnet man diejenigen Fälle, in denen noch ein Teil der eingeführten Kohlehydrate assimiliert wird; eine wesentliche Verkürzung der Lebensdauer sollen diese Fälle nicht bedingen. Hirschfeld hält diese Einteilung in schwere und leichte Fälle nicht für ausreichend und trennt von diesen beiden Kategorien noch eine dritte ab, in der jene Fälle unterzubringen sind, in denen 100 g eingeführte Kohlehydrate eine Zuckerausscheidung von 20—50 g im Urin hervorrufen. Die Prognose dieser Kategorie der mittelschweren Fälle hängt im wesentlichen ab von der komplizierenden Nephritis, die nach den Erfahrungen Hirschfelds in einem Drittel der Fälle auftritt. Besonders häufig ist diese Nephritis, welche mit abundanter Urinsekretion einhergeht, bei Personen im mittleren Lebensalter, zwischen 40 und 55 Jahren. H. hat sie nie bei Leuten über 65 Jahren angetroffen. Diese Komplikation tritt meist 4—7 Jahre nach dem Beginn des Diabetes auf und führt innerhalb 10 Jahren zum Exitus.

Für leichte Fälle hält H. nur diejenigen, in denen 100 g Kohlehydrate nicht mehr als 10 g Zucker im Urin produzieren; diese Fälle bedingen keine Verkürzung des Lebens und sind nach Hirschfeld als einfache alimentäre Glykosurien aufzufassen.

F. L.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Ueber Arhovin (Sammelbericht).

Das Arhovin ist ein Erzeugnis der chemischen Fabrik Dr. Horowitz (Berlin). Das Mittel ist Thymylbenzoësaures Diphenylamin (esterifiziert) von der Formel:

$$C_6H_4 \begin{cases} C_{10}H_{13} \\ -COO.C_2H_5 \\ (C_6H_5)_2NH \end{cases}$$

Pharmakologisches: Arhovin ruft bei interner Verabreichung weder Magenbeschwerden noch Nierenreizung hervor. Es verläßt den Körper als Hippursäure.

Indikationen: a) Gonorrhoea acuta chronica; b) Cystitis simplex acuta et chronica; c) Cystitis gonorrh. acuta et chronica; d) Fluor albus.

Kontraindikationen sind bisher in der Literatur nicht berichtet; in therapeutischen Dosen ist das Präparat unschädlich.

Wirkung: Während in die Harnröhre eingeführte wässerige Lösungen vieler anderer Antigonorrhoika zwar ebenfalls resorbiert werden, aber gleichzeitig rein mechanisch adstringierend wirken, und gerade dadurch gewissermaßen die kleinsten Fältchen der Schleimhaut verschließen, ermöglicht die Lösung des Arhovin in Oliven-, Arachis- oder Kakaoöl eine völlige Glättung der Schleimhaut und Absorptionsmöglichkeit des Präparates auf ihrer ganzen innern Fläche. Der hohe desinfizierende Wert des Arhovin wird durch seine innerliche Darreichung wesentlich erhöht, da das Mittel insoferne sterilisierend wirkt, als sein Umwandlungsprodukt den Harn bakterizid macht, die Bakterien selbst in der

*) Zusendungen von Separatabdrücken, therapeutischen Werken etc. für diese Rubrik werden erbeten an Herrn Dr. Fritz Loeb in München, Kaufingerstraße 25.

Weiterentwicklung hemmt, und sie zum Absterben bringt.

Ueber Nebenwirkungen ist nichts bekannt geworden.

Anwendung: Das Präparat kann wegen seines schlechten Geschmackes nur in Gelatinkapseln genommen werden; eine Kapsel enthält 0·25 g.

Es wird empfohlen, gleichzeitig mit der inneren Verabreichung bei Gonorrhöe, Cystitis gonorrhoica, Fluor albus, bei metastatischen Abszessen der Vagina, des Uterus und der Ovarien 5%ige Arhovinstäbchen, resp. Globuli aus Kakaoöl oder Oellösungen (letztere für sich oder mit Wattetampons) zu verordnen.

Preis: Originalschachtel 30 Kapseln à 0·25 g = 2 Mk., 50 Kapseln à 0·25 g = 3 Mk.

Folgende Formeln sind empfehlenswert (die Originalpackungen sind natürlich billiger): Originalschachtel mit 10 Stück Bacill. Arhovin. à 0·05 g = Mk. 1·50 — mit 20 Stück = Mk. 2·50. — Originalschachtel mit 10 Stück Globul. Arhovin. à 0·1 g = Mk. 1·50 — 20 Stück = Mk. 2·50. (Die Stäbchen bestehen aus 1·0 g Kakaoöl, welches 0·05 g Arhovin enthält, ihre Einführung ist leicht und schmerzlos. Die Kugeln bestehen aus 2·0 g Kakaoöl, das 0·1 g A. enthält, und können durch geeignete Beckenhochlagerung, resp. Spekula sehr tief eingeführt werden. Von Stäbchen und Kapseln verordnet man ein- bis dreimal ein Stück.

Literatur: Burchard und Schlockow (Berlin), Die med. Woche Nr. 43, 1903. — L. Strauß (Wien), Prag. med. Wochenschr. Nr. 21, 1904. — Weger (Berlin), „Medico" Nr. 26, 1904. — Reiner (Wien), Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 6, 1904. — Manasse (Karlsruhe), Ther. Monatshefte Nr. 7, 1904. — Goldmann (Wien), Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. 39, 1904.

Griserin.

Zur Behandlung der Schwindsucht und anderer schwerer Infektionskrankheiten empfiehlt K. Küster (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43, 1904) das Griserin (Loretin; Jodorthooxychinolinanasulfonsäure). Küster und Dörschlag haben überall da Griserin in Anwendung gebracht, wo man eine bakterielle Grundlage der Erkrankung annahm. Das Griserin wurde in Dosen von 0·30 g zweimal täglich gut vertragen. Fieber und Nachtschweiße wurden zum Verschwinden gebracht. Auch Husten, Auswurf, tuberkulöse Geschwüre, Mammakarzinom, Diphtherie, Lungenentzündung, Kropferkrankung etc. etc. sollen durch das Griserin günstig beeinflußt worden sein, das demnach eine Panacee gegen die tückischsten Feinde des Menschengeschlechtes genannt werden müßte, wenn nicht auch von anderer, nicht weniger glaubwürdiger Seite: F. Blumenthal (Berlin) ganz entgegengesetzte Resultate mit diesem Mittel erzielt worden wären.

Blumenthal hat das Griserin (Lotin) seit Erscheinen des Mittels in einer Anzahl von Fällen von Tuberkulose und Sepsis angewandt, er ist sogar, da er mit den von obigen Autoren angegebenen Dosen keinen Erfolg sah, bis auf 2 g pro die gestiegen. Bisher hat er auch mit diesen Dosen keinen Erfolg zu verzeichnen gehabt. (Ref. nach Med. Klinik Nr. 1, 1905.)

Validol.

In einem Artikel „Der Schiffsarzt des Norddeutschen Lloyd" empfiehlt Brenning gegen die Seekrankheit das Validol, das sich ihm von allen gegen diesen Zustand empfohlenen Mitteln am besten bewährte. Er verabreichte 8—15 Tropfen mehrmals täglich auf einem Stück Zucker. (Allg. Med. Zentr.-Ztg. Nr. 51, 1904.)

Djoeat.

Der Wert des Geheimmittels „Djoeat" ist nach den Erfahrungen M. Dappers ein negativer. Der wesentliche Bestandteil des Präparates ist das Syzygium jambulanum. Das von v. Noorden empfohlene Rezept lautet: 200 g Früchte inklusive der Samenkerne werden fein gestoßen und unter Zugabe von 10·0 Kochsalz und 4·0 Salizylsäure mit 2 Liter Wasser 24 Stunden lang bei Brutwärme und unter häufigem Schütteln mazeriert. Höhere Temperaturen sind zu vermeiden. Nach 24 Stunden wird abfiltriert. Bei kühler Temperatur hält sich die Mazeration gut durch die Beigabe der Salizylsäure.



Die 2 Liter Getränk reichen zehn Tage lang; morgens und abends werden je 100 g kalt getrunken. Die genau den individuellen Erfordernissen angepaßte Diät ist das Hauptmittel in der Therapie des Diabetes; alle übrigen therapeutischen Maßnahmen haben nur Wert als Adjuvantia und dieser Wert ist, was die Pharmakotherapie betrifft, erst recht problematisch. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32, 1904.)

Hydrargyrum colloidale.

Auf dem V. internationalen Dermatologen-Kongreß berichtete Dr. Werler (Berlin) über seine Erfahrungen mit diesem Mittel bei 1000 Fällen von Syphilis. Er wies auf die feine Verteilung des Quecksilbers in den Hydrargyrum colloidale-Salben hin und empfahl das Präparat.

Enesol ist eine Kombination von Quecksilber und Arsen (Salizylarsenate de mercur) und wird von Coignet gegen Syphilis empfohlen. Er injiziert subkutan etwa 3—4 Wochen lang täglich einmal 0·6 g Enesol. (Lyon med. Nr. 23, 1904.)

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Azetozone - Benzoson - Benzoylazetylperoxyd, ist ein Antiseptikum, das in frischer 1%iger Lösung, in Gelatinekapseln à 0·2—0·3 g, als Streupulver 1:100—500 g Acid. boric. oder Talc. oder Salbe 1:100—1000 Paraffin bei Dysenterie, Darmtuberkulose, Typhus, Ozaena, Gonorrhöe etc. angewandt wird.

Arabellawasser. Ein ungarisches Bitterwasser, enthält im wesentlichen pro Liter: Magnesiumsulfat 22 g, Natriumsulfat 15·4 g, Kalziumphosphat, Kalziumsulfat 1·5 g, Magnesiumchlorid 0·8 g, Magnesiumkarbonat 1·26 g.

Arsylinum Roche ist eine Phosphor-Arsen-Eiweißverbindung.

Benzosol. Zusammensetzung: Benzoylguajakol, Guajakolbenzoat, CH (OCH) O. CO. CH. Eigenschaften: Farbloses und geschmackloses, in Wasser unlösliches, in Alkohol und Aether lösliches Kristallmehl vom Schmelzpunkt 56—58°. Anwendung: Als Darmantiseptikum wie gegen Tuberkulose an Stelle von Guajakol resp. Kreosotpräparaten in Dosen von 0·2—0·8 mehrmals täglich zu nehmen in Pulverform nach dem Essen. Nach fünf Tagen um 0·05 g pro dosi steigernd. Das Präparat wird im Darm zerlegt, gespalten, nicht im Magen.

Betol. Zusammensetzung: Naphtholool - Naphthalol, Salizylsäure - Naphtholester, $C_7 H_5 O_3 C_{10} H_7$. Eigenschaften: Weißes, geruch- und geschmackloses Kristallpulver vom Schmelzpunkt 95°, unlöslich in Wasser, schwer löslich in Alkohol. Anwendung: Viermal täglich 0·3 bis 0·5 als Darmantiseptikum (auch gegen Zystitis und akuten Gelenkrheumatismus.

Bioplastin ist ein Nähr- und Kräftigungsmittel, das im wesentlichen Lezithin, Eisen und die Phosphate des Eidotters enthalten soll.

Bios. Zusammensetzung: Ein durch künstliche Verdauung von Hefe hergestelltes Nährmittel, welches die Eiweißstoffe in Form von Albumosen und Peptonen enthält.

Bismal. Zusammensetzung: Methylendigallussaures Wismut 4 $C_{15} H_{12} O_{10}$ + 3 Bi $(OH)_3$. Eigenschaften: In Wasser unlösliches, in Alkalien lösliches graubraunes Pulver.

Bismitan. Zusammensetzung: Ein aus Wismut, Resorzin und Tannin bestehendes Gemisch. Eigenschaften: In Wasser unlösliches, gelbes, leicht süßliches Pulver. Anwendung: Gegen Brechdurchfall bei Kindern unter 2 Jahren 1·5 bis 2·5 in 100 g Mixtur (z. B. Mixtura gummosa), davon zweistündlich 1 Teelöffel voll. Bei Erwachsenen mehrmals täglich 0·5—1·0.

Bismutol.

Bismutan. Zusammensetzung: Ein Eine Wismuteiweißverbindung mit 22% Wismut und 66% Eiweiß. Eigenschaften: Geruch- und geschmackloses, weißes, am Licht grau werdendes, in den üblichen Lösungsmitteln unlösliches Pulver, das gegen den Magensaft resistent ist und erst im Darm zerlegt wird. Anwendung: Als Tonikum und Adstringens, besonders bei

Durchfällen. Kleinen Kindern gibt man stündlich 1—2 g, größeren Kindern mehr. Als Klysma und zu Magenausspülungen dienen mehrmals täglich 10 resp. 20% Stärkeaufschwemmungen. Die innerliche Darreichung geschieht zweckmäßig in der Weise, daß man einen Brei aus Bismutose und Reisschleim oder warmem Wasser herstellt und diesen in Eiswasser, Bouillon von Kalbsfüßen, Tee, Reisschleim etc. verteilt. Aeußerlich als Streupulver bei Verbrennungen und Intertrigo.

Bovinin. Zusammensetzung: Ein amerikanisches Blutpräparat, bestehend aus defibriniertem Ochsenblut mit Hühnereiweiß und Whisky. Anwendung: Als Roborans, 15—30 g 4—6mal täglich vor den Mahlzeiten bei Bleichsucht und Blutarmut, schlechter Ernährung, Erschöpfung etc.

Bovos. Zusammensetzung: Eiweißhaltiges Fleischextrakt.

Bovril. Zusammensetzung: Ein Fleischextrakt, welches nur aus 40—50% wirklichem Fleischextrakt und im übrigen aus feingehacktem Fleisch, Leim, Bindegewebe, Fleischfibrin und Fleischeiweiß besteht.

Bromeigon. Zusammensetzung: Eiweißkörper, welcher Brom intramolekular gebunden enthält. Eigenschaften: Hellbraunes Pulver von süßlichem Geschmack, 11% Brom enthaltend, in Wasser unlöslich. Anwendung: An Stelle der üblichen Brompräparate messerspitzenweise.

Peptobromeigon. Ebenfalls ein hellbraunes, süßlich schmeckendes, 11% Brom enthaltendes Pulver, in Wasser löslich; wird am besten in 20%iger wässeriger Lösung gegeben. Bei Kindern empfehlen sich Darmeingießungen oder die Darreichung in 1—10% Peptobromeigon enthaltendem Malzextrakt.

Bromol. Zusammensetzung: Tribromphenol, $C_6 H_2 Br_3 . OH$. Eigenschaften: Farbloses oder rötlichweißes, lichtempfindliches, in Wasser unlösliches, in Alkohol lösliches Kristallpulver. Anwendung: Innerlich bei infektiöser Diarrhöe und Typhus zu 0·1—0·5 pro die bei Erwachsenen, resp. 0·005—0·015 bei Kindern.

Butyromel. Zusammensetzung: Honig 1, ungesalzene Butter 2. Anwendung: Als Lebertranersatzmittel vorgeschlagenes französisches Präparat. (Fortsetzung folgt.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Antidol (Stern-Breslau) ist eine Mischung aus Zitronensäure, Koffein, Salizylsäure und Dimethylphenylpyrazolon, ist anwendbar bei Kopfschmerz, Schnupfen, Rheumatismus und Schlaflosigkeit als Antineuralgikum und Antipyretikum.

Castoreum-Bromid Weigert (Sal. brom. effervesc. c. Valeriana und Castor.) ist ein brausendes Bromsalz, wovon ein Meßglas (6 g) entspricht 2·5 g Erlenmeier'scher Brommischung, 12 Tropfen Tinct. Castorei canad. und 2 Tropfen Tinct. Valerianae; Dosis: zwei- bis dreimal täglich ½—1 Meßglas voll.

Chinolio. Ein öliges Pulver, bestehend aus 80 % Chininsulfat und 20 % einer Masse, die meistenteils Olivenöl enthält. In Dosen von 0·3 drei- bis vierstündlich, mit Wein und Sirup gemischt, findet es bei Influenza Anwendung.

Fomitin ist das Fluidextrakt von Fomes cinnamomeus und ignarius (auf Prunus-Arten wild wachsenden Hymenomyzeten). Wird bei Zystitis und Hämorrhoiden in Dosen von 1—2 Eßlöffeln empfohlen.

Hemisine ist ein Nebennieren-Präparat in Soloid- und Tabloidform, das gefäßverengernd, adstringierend und anästherisierend wirkt.

Kastanol ist Extr. Hippocastani mit 8% Kampfer. Wird empfohlen zur schmerzstillenden Einreibung oder Einpinselung bei Rheumatismus etc.

Lapsa-Salbe, aus 1 g Karbolsäure, 2 g weißem Hg-Präzipitat, 2 g Perubalsam, 5 g Lanolin und 50 g gelbem Vaselin hergestellt, wird gegen Krätze empfohlen.

Mekuriolöl ist eine Emulsion von 90 % Hg in Form des Aluminium-Magnesium-Amalgams mit Lanolin und Mandelöl, wird zur subkutanen Injektion statt des grauen Oeles verwendet.

Methylatropinum bromatum ist ein schmerzstillendes Mittel bei Kopf-

schmerzen, Rheumatismus, Husten, Hautjucken etc. etc. Dosis: 0·001—0·002 g.

Morphium-Bismutum jodatum ist ein Doppelsalz von Wismutjodid und Morphinhydrojodid. Schmerzstillendes Wundmittel.

Natriumfruktosat $C_6H_{11}NaO_6$ ist eine Lösung von 0·04—0·05% Natriumfruktosat, 0·07% Natriumchlorid und 0·025—0·035% Kalziumsakcharat. Es soll die geschwächte Herztätigkeit anregen.

Oleum diureticum Kobert besteht aus gleichen Teilen Ol. Juniperi, Levistici, Angelicae, Jaborandi, Apiol, Safrol, Guajakol, Terpinol und Borneol, von welcher Mischung 2—4 Gelatinekapseln à 0·1 g mehrmals täglich bei Blasenkatarrh, Harnsteinbildung etc. empfohlen werden.

Pulvis serosus. Schleich. Serumpulver. Wird angewandt bei Eiterungen, Nekrosen, verunreinigten Wundflächen etc. zur Formaldehydentwicklung.

Salibromin enthält 44·5% Salizylsäure und 51·6% organisch gebundenes Brom. Wird verwendet bei Rheumatismus und Fieberzuständen in Dosen von 0·5 g (2—5 g pro die).

Thymospasmin ist ein Keuchhustenmittel aus Thymianextrakt und Bromoform. (Fortsetzung folgt.)

Neue Arzneiformen.

Die Firma Burroughs, Wellkome & Co. bringt als Ersatz für Augentropfwässer neuerdings „Tabloid“ - Medikamente für die Augenpraxis in den Handel, die aus papierdünnen Scheibchen bestehen. Mittels eines feinen Haarpinsels werden dieselben in angefeuchtetem Zustand in den Konjunktivalsack gebracht, wo sie sich sofort auflösen. In der „Medizinischen Klinik“, Nr. 2, 1904, sind folgende Präparate besonders erwähnt: Tabloid Atropinum sulfuricum 0·0003 (Röhrchen à 25 Stück), Tabloid Atropinum sulfuricum 0·003 (Röhrchen à 12 Stück), Tabloid Cocainum hydrochloricum 0·003 (Röhrchen à 12 Stück), Tabloid Homatropinum hydrochloricum 0·00015 (Röhrchen à 25 Stück). Ein Röhrchen kostet für den Arzt ad usum proprium Mk. —·90, für den Patienten Mk. 1·10.

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Pollantin.

Das von Dunbar hergestellte, Pollantin genannte Serum gegen Heufieber zeichnet sich vor anderen Seris dadurch aus, daß es nur äußerlich angewandt werden kann. Nach den Erfahrungen von Lübbert und Prausnitz rufen subkutane Einspritzungen unangenehme Nebenerscheinungen, Reizerscheinungen, Erytheme etc. hervor. Auf die durch Pollentoxin stark gereizte Konjunktiva und Nasenschleimhaut wirkt das Pollantin auf kurze Zeit anästhesierend, wenn es in Nase oder Auge geträufelt wird.

Als Pollantinpulver wird das im Vakuum eingetrocknete und mit Milchzuckerpulver vermischte Serum bezeichnet. Dasselbe wird in Gläschen in den Handel gebracht, deren Stopfen eine kleine Schaufel trägt. In letztere soll der Patient eine etwa linsengroße Menge des Pulvers schütten und das Pulver einschnupfen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41, 1904.)

Serumbehandlung.

Bumm hat Untersuchungen mit dem Aronson'schen Serum (Schering-sche Fabrik, Berlin) angestellt und konstatiert, daß die Wirkung desselben in Fällen, wo der Prozeß noch nicht über das Endometrium hinübergegriffen hat, eine günstige war. In Anbetracht der Gefahrlosigkeit der subkutanen Einspritzung hält er für gerechtfertigt, sofort nach schweren Entbindungen, nach Plazentarlösungen, bei Zersetzung des Fruchtwassers und im Fieber intra partum große Dosen prophylaktisch zu geben. Die intravenöse Einverleibung ist nicht unbedenklich. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1904.)

2. Nahrungs- und Genußmittel.

Das Sanatogen ist nach Benaroya in folgenden Fällen indiziert: 1. Bei der Ernährung rhachitischer Kinder wegen der Begünstigung der Kalksalzaufnahme. 2. Bei der Ernährung von Säuglingen, die aus irgend welchen Gründen der natür-



lichen Ernährungsweise mit Muttermilch nicht teilhaftig werden können. 3. Bei allen mit einem gesteigerten Zerfall der Körpersubstanz einhergehenden Erkrankungen wegen des dadurch schnell zu erzielenden N-Ansatzes. 4. Bei fast allen Digestionsstörungen unabhängig von der Natur der Krankheit wegen seiner leichten Assimilierbarkeit, Reizlosigkeit und günstigen Beeinflussung des Appetits. 5. Bei der Behandlung fast sämtlicher Nervenkrankheiten wegen seiner neurotonisierenden Eigenschaft. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 15, 1904.)

3. Anderweitige Heilbehelfe.

(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

Mandelquetscher nennt A. Hartmann (Berlin) ein von ihm angegebenes und (Medizinische Klinik Nr. 2, 1904) beschriebenes Instrument, das aus einer an einem Stiel befestigten Metallkugel besteht und zum Ausquetschen der Mandeln zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken dient. Das Ausquetschen findet hauptsächlich statt durch Druck auf den vorderen Gaumenbogen, besonders auf die obere Umbiegungsstelle, da sich gerade in den oberen Teilen der Mandeln am häufigsten Flüssigkeitsansammlung oder Pfropfbildung findet. Bei dem Druck quillt die gelbliche, serös-eitrige Flüssigkeit oder die dickflüssige Masse fadenförmig oder klumpig auf die Oberfläche und wird vom Patienten ausgeworfen. Außer von der Vorderfläche aus kann auch von der Medianfläche, von unten, von oben und auch von hinten der Druck ausgeübt werden. Nach der Angabe der Vf. ist es auffällig, wie schnell sich die Mandeln nach der Ausquetschung verkleinern. Analog wie für die Gaumenmandeln benützt er auch einen besonders konstruierten Rachenmandelquetscher.

Bockenheimer hat einen **Mundsperrer mit elektrischer Beleuchtung** angegeben, den er in der Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung (Nr. 17, 1904) beschreibt.

Er hat eine kleine, durch Akkumulator gespeiste Mignon-Lampe an verschiedene Mundsperrer anbringen lassen, wodurch es möglich wird, bei aufgesperrtem Munde die Mundhöhle, die Tonsillen, die Rachenwände etc. bequem zu übersehen. Der Apparat wird von der Firma L. & H. Loewenstein (Berlin) hergestellt.

Ueber Tonschlammbehandlung in Bad Homburg v. d. H. Von Dr. Weber.

Das zur Tonschlammbehandlung in Homburg selbst gewonnene Material wird auf Anregung des Vf. an Stelle des Fango, dem es weder an Feinheit noch an Plastizität nachstehen soll, in Anwendung gebracht. Auch die Indikationen sind dieselben, wie die des Fango. Die damit erzielten Resultate sind durchaus befriedigende. — (Balneol. Zentralztg. Nr. 21, 1904.)

4. Rezeptformeln.

Die Pillen-Rezepte der Formulae Magistrales Berolinenses.*)

Pilulae aloëticae:

Rp. Aloës 5·0
Sapon. jalap. 3·0
Spirit. quant. sat
M. f. pil. Nr. L. D. S. Täglich 3—6 Stück.
1 Dos. = 0·90 Mark.

Pilulae asiaticae:

Rp. Acid. arsenicosi 0·05
Piper. nigr. pulv. 1·5
Rad. Liquir. pulv. 3·0
Muc. Gummi arab. quant. sat
F. pilul. Nr. L. 1 Dos. = 0·70 Mark.
(Jede Pille = 1 mg Acid. arsenic.)

Pilulae bechicae Heimii:

Rp. Extr. Helenii 5·0
Rad. Ipecac. pulv. } āā 1·0
Fol. digital. }
Opii pulv. 0·6
Rad. Liquir. pulv. 3·0
F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 1 Pille. 1 Dos. = 1·31 Mark. ½ Dos. = 1 Mark.

*) Die Rezepte für die ökonomische Praxis der Berliner Krankenkassen genießen wegen ihrer ganz hervorragend praktischen und billigen Zusammensetzung einen wohlverdienten Ruf; besonders zweckmäßig sind die Pillen-Rezepte, weßhalb wohl vielen Kollegen die Anführung derselben nicht unerwünscht sein dürfte. F. L.

Pilulae Chinini cum ferro:

Rp. Chinin. sulf. 1·5
Ferr. red. 5·0
Rad. Gentian. 0·5
Extr. Gentian. 2·5

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 2 Pillen. 1 Dos. = 1·01 Mark.

Pilulae contra Tussim:

Rp. Morph. hydrochl. 0·1
Rad. Ipecac. 0·3
Stib. sulfurat. aurant. 0·5
Sacch. pulv. } 2·5
Rad. Liquir. pulv. }
Aq. dest. quant. sat

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 1 Pille. 1 Dos. = 0·85 Mark.

Pilulae expectorantes:

Rp. Terpin. hydrat. 5·0
Rad. Liquir. pulv. 1·5
Succ. Liquir. dep. 3·0

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 2 Pillen. 1 Dos. = 1·95 Mark.

Piluli Ferri arsenicosi:

Rp. Ferr. red. 3·0
Acid. arsenicosi 0·05
Piper nigr. pulv. } āā 1·5
Rad. Liquir. pulv. }
Muc. Gummi arab. quant. sat

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 2 Pillen. 1 Dos. = 0·81 Mark.

Pilulae ferri citrici:

Rp. Ferr. citric. oxydat. 5·0
Rad. Gentian. pulv. 1·0
Extr. Gentian. 3·0

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 2 Pillen. 1 Dos. = 0·95 Mark.

Pilulae Ferri lactici:

Rp. Ferri lact. 5·0
Rad. Gentian. pulv. 1·0
Extr. Gentian. 3·0

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 2 Pillen. 1 Dos. = 0·75 Mark.

Pilulae Ferri peptonati:

Rp. Ferri peptonati dialysat. sicci 5·0
Rad. Gentian. pulv. 1·0
Extr. Gentian. 3·0

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 2 Pillen. 1 Dos. = 0·95 Mark.

Pilulae Ferri reducti:

Rp. Ferri red. 5·0
Rad. Gentian. pulv. 1·0
Extr. Gentian. 3·0

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 2 Pillen. 1 Dos. = 0·78 Mark.

Pilulae Ferri cum Magnesia:

Rp. Ferri sulf. 7·5
Magn. ust. 1·0
Glycerin. quant. sat

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 2 Pillen. 1 Dos. = 0·65 Mark.

Pilulae Guajacoli 0·05:

Rp. Guajacoli 2·5
Rad. Liquir. pulv. 5·0
Kalii carbon. 0·5
Glycerin. quant. sat

F. pilul. Nr. L. 1 Dos. = 0·90 Mark.

Pilulae hydragogae Heimii:

Rp. Gutti pulv. }
Fol. Digit. }
Bulb. Scill. pulv. } āā 1·2
Stibii sulfurat. aurant. }
Extr. Pimpinel. }
Muc. Gummi arab. quant. sat

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 1 Pille. 1 Dos. = 0·99 Mark.

Pilulae Hydrargyri bichlorati:

Rp. Hydrarg. bichlor. 0·25
Boli alb. pulv. 5·0
Ungt. Glycerin. quant. sat

F. pilul. Nr. L. D. S. Zweimal täglich 1 Pille. (2 Pillen enthalten 0·01 Hydrarg. bichlor.) 1 Dos. = 0·65 Mark.

Pilulae Hydrargyri jodati flavi:

Rp. Hydrarg. jod. flavi 1·5
Opii pulv. 0·5
Rad. Liquir. pulv. } āā 2·0
Succi Liquir. dep. }

F. pilul. Nr. L. D. S. Dreimal täglich 1 Pille. 1 Dos. = 0·85 Mark.

Pilulae laxantes:

Rp. Aloës 5·0
Tub. Jalap. pulv. 2·5
Spir. sapon. quant. sat

F. pilul. Nr. L. 1 Dos. = 0·65 Mark.

Pilulae laxantes fortes:

Rp. Extr. Colocynthidis 0·4
Extr. Aloës 4·0
Resin. jalap. et Sapon. med. ãã 2·0
Spirit. quant. sat
F. pilul. Nr. L. 1 Dos. = 1·25 Mark.
½ Dos. = 0·95 Mark.

Pilulae Rhei:

Rp. Rad. Rhei. pulv. 10·0
Glycerin. 5·0
F. pilul. Nr. L. 1 Dos. = 0·85 Mark.
½ Dos. = 0·75 Mark.

Bei **Herpes tonsurans** empfiehlt Lassar (Med. Klinik Nr. 3, 1904):

Rp. Acidi Salicylici 2·0
Sulfuris sublimati 20·0
Zinci oxydati, Amyli ãã 14·0
Vaselini flavi amerikani 50·0
M. f. pasta. Salizylschwefelpaste.

Rp. Hydrargyri sulfurati rubri 1·0
Sulfuris sublimati 24·0
Vaselini flavi ad 100·0
Adde olei Bergamottae gtt. XXX

Rp. β-Naphthol 10·0
Sulfuris sublimati 40·0
Vaselini flavi 25·0
Saponis viridis 25·0
M. f. ungt. S. Schälpaste.

Hämeptoe.

Rp. Amylii nitrosi 10·0
D. S. Zur Inhalation (jedesmal 15 Tropfen).

Magenblutung.

Rp. Extr. fluid. hydrast. canad. } ãã 15·0
Extr. fluid. hamamelis virg. }
D. S. Dreistündlich 10 Tropfen.

Magenpulver.

Das bekannte Leube'sche Magenpulver besteht aus:

Rp. Rad. rhei pulv. } ãã 7·5
Natr. sulf. sicc. }
Natr. bicarb. 5·0

5. Behandlungsmethoden.

Kollargolpinselungen bei Angina und Diphtherie.

Die günstigen Erfahrungen, die Netter mit Kollargol bei Diphtherie gemacht hat, veranlaßten Justi (Hongkong), auch seine Erfahrungen mitzuteilen. Er hat das Kollargol mit eklatantem Erfolg bei lakunärer Angina und Diphtherie lokal angewandt. In einem Falle, in dem die Diagnose makroskopisch und mikroskopisch auf Diphtherie gestellt war, nahm er Pinselungen des Isthmus faucium mit 5%iger Kollargollösung vor; die Pinselungen wurden dreimal täglich mit dem Resultat vorgenommen, daß die Temperatur nach zwei Tagen zur Norm zurückkehrte und nach weiteren zwei Tagen die Patientin vollständig geheilt war. Während ein mit Löffler'scher Lösung behandelter Fall sich über zehn Tage hinzog, nahmen weitere mit Kollargol behandelte fünf Fälle einen dem ersten beschriebenen analogen Verlauf. — Bei Angina lacunaris gingen Entzündung und Beläge schon nach Ablauf der ersten 24 Stunden zurück.*) — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49, 1904.)

Myrrhentinktur in der Behandlung der Diphtherie wird von Ströll (München) seit Jahren empfohlen. Von einer Mixtur Tinct. Myrrh., Glycerin. aa 8·0, Aqu. dest. 200·0 wird bei Tage einstündlich, bei Nacht die ganze Nacht hindurch zweistündlich bei Kindern unter 2 Jahren ein Kaffeelöffel (= 0·5), bis zum 15. Lebensjahre ein Kinderlöffel (= 10·0), vom

*) Es ist sehr zu wünschen, daß in Praktikerkreisen dieses Verfahren (sowie sonstige in den „Therapeutischen Neuheiten" referierte) auf seinen Wert geprüft und darüber an den Vf. dieses neuen Teiles des „Zentralblatt für die gesamte Therapie" berichtet wird, der, wie eine ganze Anzahl von Zuschriften beweisen, dankbare Aufnahme gerade in den Kreisen gefunden hat, für die er von vornherein bestimmt war, in den Kreisen der praktischen Aerzte, die sich zwar über die Fortschritte der Therapie auf dem Laufenden halten wollen, denen es aber, teils aus Mangel an Zeit, teils aus Mangel an Ueberfluß nicht möglich ist, durch eigene Lektüre der unabsehbaren Reihe einschlägiger Zeitschriften das für die Praxis wertvolle aus der Unmasse geistigen Schuttes, der in Zeitschriften, Archiven, spezialwissenschaftlichen Blättern etc. etc. aufgehäuft wird, auszugraben. F. L.



16. Jahr ab ein Eßlöffel (= 15·0) gegeben; nach eingetretener Besserung wird die Arznei nur noch zwei- bis dreistündlich verabfolgt, aber noch zwei Tage über das vollständige Schwinden des Belages hinaus.

Zur Inhalation in schwereren Fällen empfiehlt Ströll Inhalationen mit 0·1%iger Thymollösung (Thymol. 0·5, Glyzerin 5·0, Aqu. dest. ad 100·0).

Von 140 Fällen, die Ströll bisher auf diese Weise behandelte, hat er nur drei verloren, davon zwei an Sepsis. — (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 46, 1904; Ref. n. Aerztl. Rundschau, 1904.)

Expektorierende Wirkung des konstanten Stromes.

Stembo empfiehlt den konstanten Strom als gutes Expektorans. Eine Kathode von 50—60 cm² kommt auf die Hinterfläche des Halses, eine 30 cm² große Anode wird erst auf die eine, dann auf die andere Seite des Halses gesetzt und ein Strom von 2—3 M.-A. drei Minuten durchgeleitet. Dann kommt die Anode auf den Processus xyphoideus und am Schluß wird auch eine labile Galvanisation des Rückens ausgeführt. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 4, 1904.)

Quillaja-Rinde empfiehlt Zickgraf bei Emphysem als Expektorans in Form von Dekokt 1·0:10·0; er läßt damit viermal täglich gurgeln. — (Med. Woche Nr. 27, 1904.)

Pilocarpinum compositicum (Dr. Carossa).

Um die Tuberkulose auf dem Wege der Zirkulation zu bekämpfen, hat Carossa ein Präparat in Tablettenform herstellen lassen, das unter dem Namen Dr. Carossas Pilocarpinum compositum von der Ludwigsapotheke in München in den Handel gebracht wird. Die Zusammensetzung ist folgende:

Pilocarpinum	0·015
Morph. mur.	0·01
Dionin	0·05
Codein. phosphor.	0·1
Fiant tablett. Nr. XXX.	

Bei **Pertussis mit vorwiegenden Lungensymptomen** empfiehlt E. Deutsch (Zentralblatt f. Kinderheilk., H. 3, 1904) eine kombinierte Dionin-Kreosotalbehandlung:

Rp. Dionin 0·01—0·1 (bei 1-, 5-, 8 jährigen Kindern)

Solve in Syr. simpl.	30·0
Creosotal.	3·0
Ol. amygd. dulc.	10·0
Gummi arab. alb. pulv.	5·0
Aqu. dest.	110·0

M. fiat lege artis emulsio. S. Mehrmals täglich 1 Kaffeelöffel voll.

Zur **Behandlung chronischer Lymphdrüsen-Intumeszenzen** hat A. Hecht (Beuthen) sich in einer großen Anzahl von Fällen mit sehr gutem Erfolg des Kreosotals bedient und dadurch die Lymphdrüsenpakete skrofulöser Kinder zum Schwinden bringen können. Er gab das Kreosotal sowohl innerlich als auch äußerlich in Form des Kreosotvasogens. Letztere Verordnungsweise bewährte sich ihm auch bei der fieberhaften Bronchialdrüsentuberkulose der Kinder. Auch hartnäckige Diarrhöen auf skrofulöser Basis wurden durch Kreosotal „prompt beseitigt". — (Therap. d. Gegenw. Nr. 7, 1904.)

Lupusbehandlung.

besteht in Vereisung der lupösen Stellen mit Chloräthyl und daran angeschlossener Einreibung mit roher Salzsäure (letzteres mittels eines in chlorhaltige Salzsäure getauchten, mit Watte umwickelten Holzstäbchens). Nach der Aetzung wird die betreffende Stelle mit Euguform bestreut. Der in den nächsten Tagen sich bildende Schorf fällt nach 2—5 Wochen von selbst ab. Diese Salzsäurebehandlung des Lupus eignet sich nach Dreuw besonders auch zur Behandlung des Lupus im Naseninnern; in Narkose oder nach Kokainanästhesie wird das Naseninnere tüchtig eingerieben und die entstehenden Borken werden durch einen Oelwatteverband gelöst. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1904.)

Behandlung des Lupus vulgaris.

Demetriades (Jassy) empfiehlt Umschläge von Kal. hypermanganicum (1:50—1:200) als einfaches, häufig radi-



kal wirkendes Mittel. Der Patient muß während der Zeit der Umschläge sich dem Sonnenlicht aussetzen. — (Wien. med. Presse Nr. 48, 1904.)

Säurebehandlung des Pruritus.

In Berücksichtigung der Tatsache, daß die Alkaleszenz des Blutes beim Pruritus eine wichtige ätiologische Rolle spielt, empfiehlt Leo die Behandlung mit organischen Säuren. Er behandelte einen von lästigem Jucken geplagten Phthisiker mit zweistündlicher Verabreichung von Acid. sulfuric. 3·0:200·0. Nach 5 Tagen war der Juckreiz verschwunden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16, 1904.)

Zur **Beseitigung von Leberflecken** empfiehlt Cohn die Anwendung von 30% Wasserstoffsuperoxyd, wie es Merck in Darmstadt liefert. Ein Teil der Muttermale wurde zunächst zweimal täglich mit einem Tropfen der 30%igen HO-Lösung mittels eines Glasstabes betupft. Nach zirka 15 Minuten ist die Lösung auf der Haut eingetrocknet; die geätzte Stelle wird sodann mit Zinkpflastermull bedeckt oder sich selbst überlassen. Das Betupfen wird mehrere Tage wiederholt, bis die Pigmentmäler verschwunden sind. — (Monatsh. f. prakt. Dermat.)

Gegen **Haarausfall** hat sich folgende Verordnung bewährt:

Rp. Natr. bicarb. 3·0
Aqu. dest. 180·0
M. D. S. Haarwasser.

Die darnach leicht eintretende Trockenheit der Haare wird am zweckmäßigsten durch Einreibung mit etwas Oleum amygdalarum beseitigt. Auch ist ein öfteres Waschen des Kopfes mit Bergers Teerseife sehr empfehlenswert. — (Pharm. Ztg. Nr. 49, 1904.)

Antihydrotische Wirkung der Salbeiblätter.

Baimakoff hat Untersuchungen angestellt, um die antihydrotische Wirkung der Blätter von Salvia officinalis zu erproben. Er verabreichte dieselben entweder als Infus. 8·0 auf 200·0, viermal täglich ein Eßlöffel oder als Tinctur. fol. Salv. drei- bis viermal täglich 20—30 Tropfen. In 20 behandelten Fällen war die Wirkung nicht weniger als 19mal positiv; in den meisten Fällen tritt der Erfolg schon nach eintägigem Gebrauch ein. — (Wratsch. Gaz. Nr. 23, 1904.)

(Das Infus der Blätter wird als mildes und gleichzeitig als aromatisches Adstringens bei leichten Formen von Stomatitis und Angina gebraucht; man kann unbesorgt 5·0—25·0:150·0 verabreichen. Die wirksamen Bestandteile sind Gerbsäure und ein ätherisches Oel. — In der Rheinpfalz wird der „Salbeitee" vielfach als Volksmittel bei Lungenleiden gegeben. F. L.)

Künstliche Eiterung bei pyämischen Prozessen.

Bröse (Berlin) hat in einem Falle von puerperaler Sepsis das Forchiersche Verfahren mit vollem Erfolg in Anwendung gebracht. Er injizierte unter aseptischen Kautelen 5 cm³ Ol. Therebinthinae rectificatissimi in die Muskulatur der linken Wade. Es entstand daselbst ein Abszeß mit sterilem Eiter, worauf Puls und Temperatur völlig normal wurden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42—44, 1904.)

Gegen akuten Gelenkrheumatismus der Kinder hat A. Baginsky (Berlin) in einzelnen Fällen mit Erfolg Jodkalium in Gaben von 1—3 g gegeben. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48, 1904.)

Bei profusen, wiederholten **Magenblutungen** empfiehlt es sich, den Magen durch den Schlauch mit Eiswasser auszuspülen, nachdem man den Patienten unter Morphium oder Kokain gesetzt hat; es wird durch dieses Verfahren die Bildung eines Thrombus ermöglicht.

6. Nebenwirkungen von Arzneimitteln.

Atropinvergiftung.

Nach irrtümlicher Einnahme eines Teelöffels einer 0·1%igen wässerigen Atropinlösung erkrankte ein siebenjähriges Mädchen unter schweren Vergiftungserscheinungen. Als Gegenmittel wurden zwei



subkutane Injektionen von 0·005 Morphium in Zwischenräumen von vier Stunden mit vollem Erfolg gegeben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1904.)

Extractum filicis-Vergiftung.

M. Hackl berichtet über einen Fall, welcher einen kräftigen Mann betraf, bei dem nach Einnahme von 12·0 Filixextrakt schwere Vergiftungserscheinungen aufgetreten waren, der aber gerettet wurde. Vf. rät, nie mehr als 10·0 Extr. filicis zu verordnen und das gebräuchliche Rizinusöl durch ein anderes Abführmittel zu ersetzen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1904.)

Veronalintoxikation.

Gerhartz und Clarke sahen nach allerdings verhältnismäßig großen Dosen (in einem Falle 3·0, im anderen 7·5 g) Veronal Vergiftungserscheinungen, die wohl ad exitum geführt hätten, wenn ärztliche Hilfe nicht zur Hand gewesen wäre. — (Ther. Monatsh. Nr. 3, 1904.)

7. Varia.

Selbstbereitung von Kokainlösungen.

Um sich Kokainlösungen selbst zu bereiten, benützt man als Lösungsmittel eine 3—4%ige Borsäurelösung, wodurch die Kokainlösung haltbar wird. Man verschreibt: Rp. Cocain. mur. Merck 1·0 D. Originalfl. Um schnell eine hinreichend genaue 10%ige Lösung zu erhalten, empfiehlt Zarniko, das ganze Kokainsalz des Originalfläschchens in das für die Lösung bestimmte Glas zu schütten und dann das Fläschchen zweimal bis zum Rand mit Borwasser zu füllen und zum Kokainsalz zu entleeren, worauf umzuschütteln ist. Jedes Originalfläschchen faßt, bis zum Rand gefüllt, ziemlich genau 5 cm³ Flüssigkeit. — (Ref. nach Med. Klinik Nr. 1, 1905.)

Digitalis.

Die Digitalisblätter des Jahrganges 1904 sind nach den Untersuchungen von Kobert um etwa zwei Drittel schwächer als früher. Daher empfiehlt er, größere Dosen zu geben, etwa: Inf. Fol. digitalis (Brunnengräber) 3:200. Dabei wird natürlich die übliche Maximaldosis überschritten; deshalb bei der Verordnung ein —!— nicht vergessen. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 11, 1904.)

Karboformalglühblocks sind Bricketts, die in ihrem Kern 50 g festen Formaldehyd enthalten. Sie werden vom Stabsarzt Dr. Dieudonné zur Desinfektion empfohlen. Das desinfizierende Agens ist das sich aus den angeglühten, glimmenden Blocks entwickelnde Formaldehydgas. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 42, 1904.)

Die **österreichische Arzneitaxe** für das Jahr 1905 trat mit dem 1. Jänner in Kraft.

Bücher-Anzeigen.*)

Surgical Diseases of the Abdomen with special Reference to Diagnosis. By Richard Douglas. Illustradet by 20 full page plates; 883 pag. London, Rebman, Limited 1904. 30 sh.

Das mit ganz vorzüglichen Tafeln ausgestattete Werk gibt in praktischer Weise eine Uebersicht über den heutigen Stand der gesamten abdominellen Chirurgie und Therapie. Die Einteilung ist eine sehr zweckmäßige, die einschlägige Literatur ist in wünschenswertem Umfange berücksichtigt. Ein besonderer Wert ist auf die Systematik der Differentialdiagnose gelegt. Recht gut sind besonders die diagnostischen Ausführungen über die Magen-, Darmaffektionen und die Erkrankungen der Nieren und Harnwege. — Von deutschen Werken kommt dem vorliegenden, bestens zu empfehlenden, das bekannte Lindner-Kuttner'sche über dasselbe Thema am nächsten, dessen Neubearbeitung leider so lange auf sich warten läßt.

Dr. Fritz Loeb, München.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Beiträge zur Diabetesdiät.

Von Dozent Dr. **Kolisch**, Wien-Karlsbad.

I. Quantitative Nahrungseinschränkung.

Eine alte Erfahrung lehrt, daß in therapeutischen Fragen die neuesten Vorschriften oft aus ältester Zeit stammen. Sie waren nur in Vergessenheit geraten und mußten gleichsam neu entdeckt werden. Ein klassisches Beispiel dieser Art liefert die Lehre der diätetischen Therapie des Diabetes. Und speziell die Vorschrift der quantitativen Nahrungseinschränkung, welche heute unbestritten die Grundlage aller therapeutischen Maßregeln bildet, stammt aus einer Zeit, in welche die ersten Anfänge der Kenntnis des Diabetes fallen.

Die in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts in der Diabeteslehre herrschende Toleranztheorie und die aus derselben abgeleitete sogenannte „animalische Diät“ hat alle aus älterer Zeit stammenden Vorschriften verdrängt und in dichte Schleier der Vergessenheit gehüllt. Erst in jüngster Zeit, nachdem das Dogma des „gestörten Zuckerverbrauches“ im Diabetes erschüttert war, kamen auch neue therapeutische Gesichtspunkte und damit auch die längst vergessenen alten Lehrsätze mehr und mehr zur Geltung.

Im Jahre 1820, also vor fast 100 Jahren, ist von Prout zum erstenmal klar und bewußt der Lehrsatz ausgesprochen worden, daß die quantitative Einschränkung der Nahrung viel wichtiger sei, als die Berücksichtigung der Qualität. Diese Lehre Prouts fand einen eifrigen Vertreter in Bouchardat, der dieselbe zu einem eigenen System der Diabetesbehandlung ausbaute. Vom Jahre 1830 bis 1883 hat Bouchardat seine Lehre auf Grund einer außerordentlich großen Erfahrung mit den wichtigsten Argumenten gestützt. Von ihm rührt die berühmte Vorschrift für Diabetiker her: „Mangez le moins possible.“ Als einen schlagenden Beweis für die Richtigkeit seiner Auffassung führt Bouchardat in seinem Hauptwerke (Sur la glycosurie ou diabète sucré) seine Erfahrungen während der Pariser Belagerung an. Die durch die herrschende Hungersnot erzwungene Einschränkung der Nahrung bewirkte bei den meisten seiner Patienten Verschwinden der Glykosurie. Unter diesen Umständen muß es sehr verwunderlich erscheinen, daß gerade in Deutschland und Oesterreich, wo das Studium des Diabetes die höchste Blüte erreichte, dieser wichtigste Lehrsatz Bouchardats ganz in Vergessenheit geriet.

Einzelne Autoren berücksichtigten wohl die von Bouchardat während der Pariser Belagerung gemachten Erfahrungen und führten vorübergehende Nahrungseinschränkung, ja selbst totale Nahrungsentziehung in die Diabetestherapie ein. Cantani, Naunyn, Lenné, v. Noorden empfahlen zur vorübergehenden Entzuckerung ihren Diabetikern sogenannte Hungertage.

Die Bedeutung der dauernden quantitativen Nahrungseinschränkung für die Behandlung der Diabetiker dagegen fand keine Berücksichtigung. Der Grund für diese auffallende Tatsache liegt in ganz bestimmten Verhältnissen der Entwicklung der Stoffwechsellehre.

Sämtliche Autoren der zweiten Hälfte des XIX. Jahrhunderts, darunter die bedeutendsten Diabetesforscher, wie Pavy, Külz, Frerichs, Seegen u. a., von neueren v. Noorden, vertraten zwei

Dogmen in der Diabetestherapie. Das erste war die „animalische Diät“. Dazu gesellte sich als zweites Dogma eine Lehre, welcher anscheinend die höchst exakte und wissenschaftlich gut fundierte Methodik der modernen Stoffwechsellehre zugrunde gelegt wurde, nämlich die Methode, die Kranken nach den Grundlehren des Energieverbrauches, d. h. nach Kalorien, zu ernähren. Gerade durch den Umstand, daß die moderne Lehre vom Energieverbrauch zu den wertvollsten Fortschritten der biologisch-chemischen Erkenntnis zählt und infolgedessen als oberstes Gesetz allen diabetischen Vorschriften vorangestellt wurde, hat ihre kritiklose und schablonenhafte Anwendung in neuerer Zeit auf die Entwicklung der Diabetestherapie keinen wohltuenden Einfluß ausgeübt. Jeder Arzt hätte das Stigma der Unwissenschaftlichkeit auf sich geladen, der bei Verordnung einer Diät nicht vor allem anderen die nötige Anzahl Kalorien herausgerechnet hätte. Da ist es leicht begreiflich, daß unter solchen Verhältnissen von einer Betätigung der alten Lehren von Prout und Bouchardat keine Rede sein konnte. Da sie weder gelehrt noch praktisch angewendet wurden, mußten sie selbstverständlich wieder in Vergessenheit geraten. Die neue herrschende Lehre lautete: „Die Diät muß vor allem nach Kalorien auskömmlich sein.“ Heute ist die Sachlage völlig verändert. In seinem neuesten Werke: „Gesetze des Energieverbrauches“ betont Rubner selbst, daß die Kilogrammeinheit keineswegs eine biologische Einheit darstellt. Zumal für pathologische Verhältnisse kann von einer allgemeinen Giltigkeit des Kaloriengesetzes keine Rede sein. Ich habe in meiner „diätetischen Therapie“ bereits vor Jahren speziell für die Behandlung der Fettsucht und des Diabetes die Unzulänglichkeit des Kaloriengesetzes als diätetische Grundlage zu zeigen versucht und vor der schablonenhaften Anwendung desselben in der Therapie gewarnt. Wie sehr aber die Kalorienlehre auch in therapeutischen Fragen prädominierte, geht am besten aus der Tatsache hervor, daß selbst ein Autor vom Range Naunyns sich dem allgemeinen Vorurteile nicht entziehen konnte, die Nahrung des Diabetikers — wie er sich ausdrückt — „dem gegenwärtigen Stande der Stoffwechselforschung Rechnung tragend, nach Kalorien zu bestimmen“. Und dies, obgleich Naunyn und seine Schule die Ueberernährung des Diabetikers als die größte Schädlichkeit erkannten. Sagt ja doch Naunyn in der jüngsten Zeit ausdrücklich (Deutsche Klinik, 1903): „Es ist zu vermeiden, daß der Gesamtstoffwechsel zu stark belastet werde, nichts ist mehr zu fürchten!“ Aus den zahlreichen älteren Krankengeschichten, die Naunyn publizierte, geht aber hervor, daß seine Kranken eine Nahrung erhielten, bei welcher mehr die Auskömmlichkeit im Sinne Rubners, als das „Mangez le moins possible“ Bouchardats das leitende Prinzip und den Maßstab abgegeben hat. Soweit man aus den vorliegenden Krankengeschichten schließen kann, erhielten die Kranken meist eine Diät, welche pro Kilogramm und Tag dem Kranken nicht weniger als 35—40 Kalorien, also mindestens das von Rubner postulierte Normalquantum, zuführte.

Und doch verdanken wir Naunyn und seiner Schule die für die Diabetestherapie grundlegende Tatsache, daß der Diabetiker mit einer Nahrung von viel geringerem Kalorienwert durch Jahre auskommen kann.

Weintraud und Pautz zeigten in völlig einwandfreier Weise, daß ein Diabetiker mit einer Nahrung, welche pro Kilogramm und Tag 25 Kalorien enthielt, nicht nur bei mäßiger Bewegung vollständig ausreichend ernährt wurde, sondern während dieser Ernährung sogar um 6·5 kg an Gewicht zunahm. Während bereits ältere Untersuchungen von v. Mering, Voit, v. Noorden, Münzer und Straßer den Nachweis erbracht hatten, daß beim Diabetiker im allgemeinen weder ein absolut gesteigertes Nahrungsbedürfnis, noch ein gesteigerter Eiweißzerfall besteht, schien es nach dem erwähnten Befunde von Wein-

traud und Pautz wahrscheinlich, daß der diabetische Organismus eher auf ein geringeres Nahrungsmaß eingestellt ist, als der normale.

Seit einer Reihe von Jahren hatte ich Gelegenheit, bei der Verwendung des vegetabilischen Regimes in der Behandlung schwerer Diabetiker in einer großen Zahl von Fällen das wichtige Resultat zu sehen, daß die Diabetiker während dieses Regimes mit einer Kalorienzufuhr von 20 und selbst weniger Kalorien pro Kilogramm und Tag längere Zeit hindurch im Gleichgewicht erhalten werden können. Ja viele nahmen sogar an Gewicht zu, keineswegs aber erlitten sie eine Einbuße ihres Kräftezustandes. Im Gegenteil, ging mit der allmählichen Besserung der Glykosurie Abnahme der Harnmenge etc. auch eine auffallende Steigerung der Muskelkraft und Leistungfähigkeit einher.

Ich kann diese Erfahrungen nur in dem bereits erwähnten Sinne deuten, daß die Diabetiker eher ein geringeres Ausmaß an Kalorien nötig haben, als der Normale. In jüngster Zeit fand meine Anschauung eine Stütze in Untersuchungen von Schlesinger.

Das eben geschilderte Verhalten der Diabetiker ist speziell in Fällen von schwerem Diabetes von großer Bedeutung, und zwar in zweifacher Hinsicht. Einmal kann man darin, wie ich bereits an anderem Orte ausführte, einen Selbstschutz des Organismus erblicken, der sich bei den überaus ungünstigen Ernährungsbedingungen, unter welche der diabetische, zumal der schwer diabetische Organismus gesetzt ist, auf ein geringeres Maß von Nahrung einstellt. Zweitens gibt uns dieses Verhalten die Möglichkeit in die Hand, die Quantität der Nahrung des Diabetikers weitgehend zu reduzieren, eine Maßregel, welche, wie ich bereits vielfach ausführlich begründet habe, in der Diabetestherapie zu den wichtigsten zählt. Beide Punkte sollen im folgenden noch eingehende Erörterung erfahren.

Was den erwähnten Selbstschutz des diabetischen Organismus anlangt, so verhält sich der Diabetiker in dieser Beziehung analog dem Hungernden. Der Unterschied zwischen beiden ist nur ein quantitativer. Bezüglich der Kompensation liegen die Verhältnisse für den Diabetiker viel günstiger, da die durch die Kohlehydratverschwendung bedingte Inanition nicht so weitgehend ist, wie im Hunger, und außerdem bei der langen Dauer der Erkrankung und der gewöhnlich allmählichen Entwicklung dem Organismus genügend Zeit gegeben ist, sich den neuen, ungünstigen Ernährungsbedingungen anzupassen.

Wo dies nicht der Fall ist, wie bei den akut einsetzenden schwersten Fällen, sieht man auch gewöhnlich diese Kompensation nicht eintreten.

In den meisten Fällen jedoch gelingt es dem Organismus leicht, sich auf ein geringeres Nahrungsbedürfnis einzustellen, wenn er nicht künstlich durch die Therapie daran verhindert wird. Dies geschieht aber regelmäßig, wenn man dem Organismus mehr Nahrung zuführt, als er absolut nötig hat.

Es ist nach dem Gesagten klar, wie verkehrt es daher wäre, durch reichliche Nahrungszufuhr den Organismus zur Luxuskonsumption zu erziehen. Ganz abgesehen davon, daß die Zufuhr von reichlichen Nahrungsmitteln, speziell von Eiweiß, eine direkte Schädlichkeit im Sinne der Steigerung der Glykosurie darstellt. Diese Frage wird übrigens im zweiten Artikel des näheren erörtert werden.

Was die Nahrungsreduktion anlangt, habe ich bereits vor mehreren Jahren dieses Moment in der Diabetestherapie besonders betont. Es genügt nicht, den Diabetiker vor Ueberernährung zu schützen, vielmehr muß jede individualisierende Behandlung vor allem das Nahrungsbedürfnis des betreffenden Kranken festzustellen suchen. Dieses Minimum der Nahrung, mit welchem der Kranke gerade noch sein Auskommen findet,

ist die Grundlage aller quantitativen Vorschriften.

Durch sorgfältige Auswahl der qualitativen Zusammensetzung der Nahrung gelingt es, dieses Minimum noch weiter herabzudrücken, wovon später noch ausführlich die Rede sein soll. Die Betonung dieses Prinzips, als des wichtigsten in der individuellen Behandlung des Diabetes meinerseits, ist nicht ohne Widerspruch geblieben und hat zu einer Diskussion auf der Karlsbader Naturforscherversammlung (1902) geführt. Die Vertreter der Toleranztheorie, an ihrer Spitze v. Noorden, welche die individualisierende Behandlung für die Abstufung der zugeführten Kohlehydratquantität erhalten wollen, haben dagegen Einwendungen versucht. Die damals von v. Noorden vorgebrachten Einwände bezogen sich jedoch nur auf eine mißverständliche Auslegung meiner Vorschriften durch einen anderen Redner, welcher dieselben dahin mißdeutete, als hieße es bei mir, man müsse dem Diabetiker um jeden Preis und in jedem Fall eine für den bestimmten Fall unzureichende Nahrung geben. Daß dies in meinen Vorschriften weder gesagt noch gemeint ist, braucht wohl nicht erwähnt zu werden. Wenn nun v. Noorden sich dahin äußert, daß dauernde Ernährung mit unzureichender (!) Kost gefährlich sei, so unterschreibe ich diese seine Anschauung. Es ist mir unbegreiflich, wie meine Vorschriften derart mißverstanden werden konnten. Ich habe des öfteren ausdrücklich hervorgehoben, daß das Punctum saliens derselben in der Feststellung der minimalen **eben noch ausreichenden** Nahrungsmenge und der Herabdrückung dieses Minimums nach Tunlichkeit ohne Störung des Körpergewichtes liegt.

In dieser quantitativen Nahrungsbemessung erblicke ich das charakteristische Moment einer individualisierenden Behandlung. Gerade darin liegt die Aufgabe des Arztes, jenes Minimum zu finden, welches im gegebenen Falle die Erhaltungsdiät darstellt. Der Geübte wird leicht die Grenze treffen, an welcher ein Zuviel und ein Zuwenig gleich schädlich sind. Ich habe bereits erwähnt, daß bei der großen Anpassungsfähigkeit des Organismus, speziell bei schweren Diabetikern, spontan eine Herabsetzung des tatsächlichen Nahrungsbedürfnisses eintritt. Diese Herabsetzung des Nahrungsbedürfnisses kommt in den meisten Fällen nicht zur Ausbildung, da den Diabetikern fälschlich meist zu reichliche Nahrung (über ihre Bedürfnisse) zugeführt wird und auf diese Weise eine natürliche Kompensation der diabetischen Stoffwechselstörung verhindert wird.

Im Gegensatz hiezu kann im gleichen Sinne, wie die diabetische Stoffwechselstörung in ihrer nahrungsentziehenden Komponente (Kohlehydratverluste) wirkt, eine rationelle, allmähliche Reduktion der von außen zugeführten Nahrung auf die Herabsetzung des Nahrungsbedürfnisses günstig einwirken. Auf diese Weise wird man sich die Aufgabe, den Diabetiker mit einem Minimum an Nahrung im Gleichgewicht zu erhalten, wesentlich erleichtern. Dabei werden eine Reihe wichtiger Erfahrungen aus der qualitativen Ernährungslehre von Bedeutung sein. Vor allem das Gesetz, daß für die individuelle Größe des Stoffverbrauches die qualitative Zusammensetzung der Nahrung einen maßgebenden Faktor darstellt. Dieser Punkt bedarf einer eingehenderen Erörterung.

Schon in den grundlegenden Arbeiten Rubners ist dargetan, daß das Gesetz der Isodynamie der Nahrungsmittel nur für bestimmte mittlere Verhältnisse zutrifft, daß aber die Größe der Erhaltungsdiät, d. i. jener Menge von Nahrung, welche sich dem Stoffverbrauche im Hunger am meisten nähert, sehr verschieden ist, je nachdem Fleisch und Fett oder Fleisch, Fett und Zucker oder Fleisch und Zucker als ausschließliche Nahrung zur Verwendung kommen. Die gleichen Schwankungen zeigt auch die Größe des Eiweißstoffwechsels.

Mit Bezug auf letzteren ist übrigens

für die Diabetesdiät die Tatsache von eminenter Bedeutung, daß speziell für die menschliche Kost ein Minimum an Eiweiß charakteristisch ist (Rubner). Die Größe der Eiweißzersetzung kann durch Kohlehydratzufuhr herabgesetzt werden (Lusk, Zeitschr. f. Biol., Bd. 29, S. 459), während sie bei einer vorwiegend fetthaltigen Kost gesteigert wird. (Kayser, Noordens Beitr., II; Tallquist, Arch. f. Hyg., Bd. 41, S. 177.)

Bezüglich der Frage der Eiweißzufuhr sei auf Artikel II verwiesen.

Außer diesen durch die neuere Stoffwechselmethodik gewonnenen Tatsachen kommen für unsere Frage eine Reihe klinischer Erfahrungen in Betracht, auf welche ich bereits des öfteren aufmerksam gemacht habe.

Ich habe seinerzeit von einem anderen Gesichtspunkte aus für die diätetische Behandlung des schweren Diabetes das strenge vegetabilische Regime empfohlen und diese Behandlung seit Jahren in zahlreichen Fällen mit Erfolg durchgeführt. Dabei zeigte sich neben anderen Vorteilen, auf welche ich noch zurückkommen werde, die auffallende Tatsache, daß die Diabetiker bei strenger vegetabilischer Diät mit einer so außerordentlich kalorienarmen Nahrung auskommen, wie es bei keiner anderen Zusammensetzung der Nahrung möglich wäre.

Es stehen diese Erfahrungen in vollkommener Analogie zu älteren Erfahrungen der japanischen Aerzte, welche zeigen, wie bei einer ausschließlich vegetabilischen Diät die dortige Bevölkerung mit einem sehr niedrigen Kalorienwert der Nahrung ihr Auslangen findet und dabei arbeitsfähig bleibt. Allerdings kommt dabei die durch jahrelange Zufuhr einer kalorienarmen Nahrung bedingte Herabsetzung des Nahrungsbedürfnisses in Betracht. Gerade dieses letztere Moment ist, wie bereits erwähnt, auch in der diätetischen Therapie des Diabetes zu verwerten.

Die geschilderten Eigenschaften des vegetabilischen Regimes hat in jüngster Zeit Albu in einem Falle mit sorgfältiger Stoffwechseluntersuchung bestätigt.

Der Wert des vegetabilischen Regimes für die Diabetesbehandlung soll später noch ausführlich erörtert werden. Durch die vorstehend angeführten Tatsachen kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, daß unter geeigneten Umständen der Diabetiker mit einer niedrig bemessenen Diät ernährt werden kann.

Es ist auch gezeigt worden, daß wir durch sorgfältiges Bemessen der Nahrungsquantität sogar das ursprünglich konstatierte Minimum im Laufe der Zeit reduzieren können.

In sehr schweren Fällen wird man sogar, um Reduktion der Nahrungsquantität zu ermöglichen, wenigstens zeitweise von einer Maßregel Gebrauch machen müssen, die unter allen Umständen das Nahrungsbedürfnis herabsetzt, d. i. die absolute Einschränkung der Körperbewegung, die Bettruhe.

Im Laufe der letzten Jahre sind eine große Reihe von Erfahrungen aus aller Herren Länder veröffentlicht werden, welche meine eben auseinandergesetzten Prinzipien der Diabetesbehandlung befürworten und in dem Sinne gedeutet werden können, daß die quantitative Einschränkung der Nahrung das wirksamste Prinzip der Diabetesdiät darstellt.

Dieses ist keineswegs identisch mit der Einschränkung der Eiweißzufuhr, welche ebenfalls von wesentlicher Bedeutung ist und noch ausführlich in dem zweiten Artikel dieser Serie besprochen werden soll.

Von den auf die quantitative Einschränkung der Diät bezugnehmenden Publikationen neueren Datums seien erwähnt:

Lenné (Therap. Monatsh., 1902, S. 365), ein Autor, welcher seit langem für die Eiweißeinschränkung eingetreten ist, spricht sich jetzt auch energisch für die allgemeine Restriktion der Nahrung aus.

Linossier (Journ. des pratic., 14. Juni 1902) spricht ganz im Sinne Bouchardats. Die günstige Wirkung der Milch- und Kartoffelkuren deutet er

analog wie Kolisch (1899) als Wirkung der Unterernährung.

Keith (Lancet, 1902, March 1) veröffentlicht einen durch Restriktion der Nahrung gebesserten Fall.

Löhning (Ther. d. Gegenw., 1904). Exakte Untersuchung zweier Fälle, in welchen quantitative Nahrungseinschränkung wesentliche Besserung und besonders Herabsetzung der Azidose erzielte.

Gerade die beiden letzten Publikationen sind sehr charakteristisch. Sie zeigen, daß trotz des bald 100jährigen Jubiläums der Vorschrift der quantitativen Nahrungseinschränkung beim Diabetiker dieselbe noch weit entfernt ist, Gemeingut der Aerzte zu sein. Und wenn man oft Gelegenheit hat, zu sehen, was und wie viel die meisten Diabetiker essen, und wenn man sieht, daß heutzutage noch bedeutende Kliniker den Diabetikern gedruckte Vorschriften in die Hand drücken, auf welchen kohlehydrathaltige Nahrungsmittel verboten, kohlehydratfreie ad libitum gestattet werden, wird man leicht begreifen, daß noch viel Mühe aufgewendet werden muß, ehe sich rationelle Prinzipien in der Diabetesdiät zur allgemeinen Geltung durchgerungen haben werden.

(Aus dem Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien.)

Ueber Akroparästhesien.

Von Dr. **Emil Schwarz**, Privatdozent in Wien.

(Fortsetzung.)

In der Aetiologie der Erkrankung herrscht beinahe dieselbe Einförmigkeit wie im Symptomenbild; ein, wie mir scheint, sehr wichtiger Punkt für die später zu erörternde Pathogenese der Akroparästhesien. Das Leiden betrifft fast ausschließlich Frauen; unter 162 Fällen, welche v. Frankl zusammenstellt, finden sich nur 12 Männer erwähnt, von 34 Fällen Cassirers sind bloß drei Männer, davon jedoch zwei mit etwas abweichendem Symptomenbilde; ich selbst sah unter 22 Fällen nur einen männlichen Kranken, welcher überdies, wie bereits erwähnt, vielleicht aus der Gruppe der hier geschilderten Akroparästhesien auszuschalten ist. Bezüglich des Alters verteilen sich die Fälle (129 Fälle der Statistik Cassirers und 22 eigene Beobachtungen) folgendermaßen:

Unter 20 Jahren . . .	2	Fälle	
Von 20—30 „ . . .	15	„	(zwei eigene Beobachtungen; 22 und 30 Jahre)
„ 30—40 „ . . .	40	„	(eine eigene Beobachtung)
„ 40—50 „ . . .	45	„	(sieben eigene Beobachtungen)
„ 50—60 „ . . .	37	„	(acht eigene Beobachtungen)
„ 60—70 „ . . .	10	„	(drei eigene Beobachtungen)
„ 70—80 „ . . .	2	„	(eine eigene Beobachtung)
Summe . . .	151	Fälle	

wovon also nur 17 auf die ersten drei Dezennien entfallen. Besonders markant ist die rasche Zunahme der Fälle gegen das 40. Jahr hin. Obwohl nämlich die vorstehende Statistik schon im ganzen vierten Dezennium beinahe ebensoviele Fälle aufweist, wie das fünfte, so komme ich doch nach meinen Erfahrungen und den literarischen Daten zur Ansicht, daß die ersten Jahre des vierten Dezenniums entschieden ärmer sind, als die letzten, daß also auch von den hier angeführten 40 Kranken der weitaus größte Teil auf die Zeit um das 40. Lebensjahr entfällt. Ebenso dürfte auch die Konstanz gegen das sechste Dezennium hin auf denselben Fehler des zu groß bemessenen Zeitintervalls zu beziehen sein; nach meinen eigenen Aufzeichnungen sind von den 8 Patientinnen des sechsten Dezenniums 6 im Alter von 51—55 Jahren, von welchen einige schon seit Jahren an den Parästhe-

sien leiden. Es dürfte also der weitaus größte Prozentsatz der Erkrankungen in die Zeit um das 40. bis 50. Lebensjahr fallen.

Weitere ätiologische Anhaltspunkte sind teils aus den Angaben der Kranken, teils aus der Beschäftigung oder sozialen Stellung derselben zu gewinnen. In einigen Fällen, wo das Leiden akut entstanden ist, wird sehr häufig eine thermische Einwirkung als Anlaß des Ausbruches beschuldigt. Solche Fälle erwähnen Oppenheim, Hudovernig, wo nach einmaliger intensiver Kälteeinwirkung die Symptome auftraten; Friedmann berichtet, daß in einem seiner Fälle starke, insbesondere rasch wechselnde Temperatureinwirkungen wohl längere Zeit vorhergegangen, die Parästhesien jedoch ganz plötzlich einsetzten. In Oppenheims Falle trat das Leiden durch Einwirkung von Eis auf schwitzende Hände auf. Auch in einem meiner Fälle, eine 22jährige Köchin betreffend, waren die Parästhesien ganz plötzlich nach Wäschewaschen aufgetreten. In diesen Fällen ist die thermische Schädigung ganz evident zum mindesten auslösende Ursache gewesen, doch auch für den gewöhnlichen, ganz allmählig einsetzenden Typus läßt sich in der überwiegenden Mehrzahl eine ähnliche Aetiologie nachweisen. Allen Beobachtern ist es aufgefallen, daß gerade die berufsmäßigen Wäscherinnen zahlreich unter den Kranken vertreten sind. Anderseits sind die Kranken zum allergrößten Teile Proletarierfrauen, und wer nur halbwegs Einblick in die Anzahl, Art und Reihenfolge der häuslichen Verrichtungen dieser Frauen besitzt, wird auch bei diesen die wechselnden Temperatureinflüsse, welchen die Hände tagsüber ausgesetzt sind, anerkennen. Speziell scheint die wechselnde Berührung mit kalten und heißen Flüssigkeiten hier von Bedeutung zu sein. Doch auch trockene Hitze kann das Leiden hervorrufen, wie einige Fälle bei Büglerinnen beweisen, wo die Hand der strahlenden Wärme des Plätteisens ausgesetzt ist. Doch darf hier nicht vergessen werden, daß auch bei dieser Beschäftigung die Hand mit der nassen und kalten Wäsche und Wasser in Berührung kommt, so daß entgegengesetzte Temperatureinflüsse und Feuchtigkeitseinwirkung zusammenarbeiten. Bei männlichen Arbeitern, welche beruflich hohen, namentlich auch rasch wechselnden Temperatureinflüssen ausgesetzt sind, begegnen wir dem Leiden sehr selten, und da scheinen speziell jene Berufsarten wieder vorherrschend beteiligt zu sein, wo die thermischen Schädlichkeiten mit Nässe kombiniert sind.

Ein zweites ätiologisches Moment sehen einzelne Autoren, namentlich Laquer und Bernhardt, in manuellen Ueberanstrengungen, besonders, wenn dieselben sich mit konstitutionellen Schädlichkeiten, z. B. Unterernährung, Anämie, Arteriosklerose, verbinden. Bei Frauen der arbeitenden Klasse ist wohl auch bei den gewöhnlichsten Verrichtungen ohne bestimmten Beruf gewiß starke Arbeitsleistung der Hände anzunehmen, doch sind nach den Angaben der Kranken selbst die thermischen Schädlichkeiten hier viel wichtiger. Anderseits ist es auch schwer, bei Handarbeiterinnen, z. B. Näherinnen, solche Momente auszuschließen, da dieselben trotz der angestrengten Arbeit ihr Hauswesen meist selbst betreuen. Obwohl bei Männern eine deutlichere Einflußnahme der Handarbeit auf das Entstehen der Akroparästhesien zu bestehen scheint, ist die Frage nach der Zusammengehörigkeit dieser Krankheitsbilder mit den Akroparästhesien im engeren Sinne nicht ohneweiters zu bejahen. Vielmehr zeigen sich hier Berührungspunkte mit den Beschäftigungsneurosen, bei welchen sich ja häufig sensible und motorische Symptome kombinieren. Unter meinen Fällen ist hier der bereits erwähnte Bahnbedienstete ein Beispiel, welcher infolge des jahrelangen Gebrauches der Kupierzange an Parästhesien der rechten Hand erkrankte. Eine Schwiele in der Vola manus ist Zeuge dieser angestrengten Tätigkeit. Auch die Gleichförmigkeit, mit welcher sich kleine Bewegungen bei seinem Berufe wiederholen, hat etwas mit der Entstehungsgeschichte der professionellen Neurosen gemein, und ich möchte nicht unerwähnt lassen, daß gerade bei männlichen Kranken einseitige Akroparästhesien, speziell

rechtsseitige Affektionen, die häufigeren sind.

Als seltenere Ursachen figurieren Traumen. So beschreibt Cassirer Akroparästhesien der linken Hand bei einer 44jährigen Frau, welche mit den Fingern dieser Hand vor fünf Jahren in eine Maschine geraten war. Die Finger wurden damals an den Endphalangen erheblich gequetscht und seither bestehen die Parästhesien und Schmerzen. Einen ähnlichen Fall berichtet Sommer. Ein 45jähriger Mann erlitt eine Verletzung der Finger der linken Hand. Nach drei Monaten bemerkte der Kranke Prickeln, Stechen, Gefühl von Steifheit in der verletzten Hand, besonders morgens. Doch fügt Sommer hinzu, daß gleichzeitig Arteriosklerose bestand, und der Kranke, der bei einem Dampfkessel beschäftigt ist, hohen Hitzegraden ausgesetzt war, also hierin vielleicht stark prädisponierende Elemente zu sehen sind.

Bezüglich konstitutioneller Anomalien sind die Daten recht spärliche. In ganz vereinzelten Fällen war Alkoholismus vorhanden. Anämie und Arteriosklerose werden von den Beobachtern öfters nebenbei erwähnt, ohne daß genauere klinische Angaben darüber existieren. An meinem Beobachtungsmaterial ist einmal ausgesprochene Arteriosklerose der Radialis, zweimal ist auffallendes Klingen des II. Aortentones ohne anderweitigen Herzbefund, zweimal Mitralinsuffizienz ohne bekannte Aetiologie notiert, in einem der beiden (61jährige Frau) bestand außerdem noch deutliche Arteriosklerose der peripheren Gefäße, also insgesamt fünf Fälle von 22, in welchen Störungen des Zirkulationsapparats nachweisbar waren. In einem der genannten Fälle, eine 57jährige Frau betreffend, waren auch die Venen der Hand und des Vorderarmes, namentlich rechts, ausgedehnt und starr, der Puls etwas gespannt, die Arterie verdickt. In diesem Falle bestanden nicht nur Parästhesien und Schmerzen, sondern auch ausgesprochene vasomotorische Phänomene der lokalen Synkope auf der Höhe des Anfalles.

Ueber die Bedeutung der Anämie als ursächliches Moment ist trotz des vorliegenden literarischen Materials kein Anhaltspunkt zu gewinnen. Allgemeine Angaben über Anämie etc. sind ja ziemlich wertlos. Ein Fall meiner Beobachtung, wo die Parästhesien akut nach Wäschewaschen eingesetzt hatten, betraf eine 22jährige Köchin, welche alle Zeichen der Chlorose darbot. Daß übrigens ähnliche Krankheitszustände „Doigt mort“ bei Chlorose nicht selten sind, ist eine bekannte Tatsache und werde ich später noch auf dieselbe zurückgreifen.

Eine besondere Wichtigkeit scheint in der Pathogenie des Leidens der Funktion des weiblichen Genitales zuzukommen und herrscht unter den neueren Bearbeitern der Affektion darüber ungeteilte Meinung. v. Frankl-Hochwart legt schon besonderen Nachdruck auf die weitaus überwiegende Beteiligung des weiblichen Geschlechtes. Unter 29 von ihm untersuchten Akroparästhetischen waren 28 Weiber, „und zwar hauptsächlich solche, die in dem Alter stehen, wo die Sexualität entwickelt, respektive noch vorhanden ist“. Dieses Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes läßt sich auch aus allen anderen Beobachtungen erkennen, so fand Cassirer unter 34 eigenen Beobachtungen nur 3 Männer, und auch in meinem Material kam unter 22 Fällen nur ein Mann zur Beobachtung, von welchem es übrigens nicht sicher ist, daß seine Erkrankung in den Rahmen der Akroparästhesien ohneweiters eingefügt werden darf. Allein darin dürfte Frankl auf Widersprüche stoßen, daß gerade das Vorhandensein der Sexualität als pathogenetisches Element zu gelten habe, daß, wenn ich ihn richtig verstehe, das Vorhandensein funktionstüchtiger Genitaldrüsen hier in Betracht komme. Schon der Begründer der Lehre von den Akroparästhesien, Schultze, betonte die auffallende Häufigkeit des Leidens bei klimakterischen Weibern, ihm folgten Laquer, Friedmann, Bernhardt und in neuester Zeit auch Cassirer. In vier seiner Fälle trat das Leiden erst jenseits des Klimakteriums auf, siebenmal fiel der Beginn mit dem Klimakterium zusammen, in anderen seiner Fälle bestand Gravidität, Puerperium oder eine Abnormität

der Geschlechtsorgane und nur viermal war keine Abnormität in Bezug auf sexuelle Vorgänge vorhanden. Auch meine Ansicht geht dahin, daß dem Klimakterium, also der Störung der Geschlechtsfunktion, eine große Bedeutung zukommen müsse. Nicht nur die statistischen Bemerkungen, die ich der oben gegebenen Alterstabelle hinzugefügt habe, sondern auch einzelne Angaben der Kranken sind hiefür passende Belege. Besonders charakteristisch ist z. B. folgende Beobachtung: bei einer 45jährigen Frau weisen seit drei Monaten die Menses Unregelmäßigkeiten auf. Seit dieser Zeit klagt sie über Brennen in der Rückenhaut und der linken Mamma, sowie über typische Parästhesien in beiden Händen. In einem anderen Falle besteht seit zehn Monaten Menopause. Seitdem leidet sie an Kongestionen des Gesichtes und seit sechs Monaten an den Akroparästhesien. Leider verfüge ich aus eigener Beobachtung nicht über eine derartig illustrative Tatsache, wie die beiden Fälle von Cassirer und Sinkler sind, wo in dem einen Falle zwei Monate post exstirpationem uteri, in dem anderen nach bilateraler Ovariotomie die Akroparästhesien erschienen. Allerdings kam im Falle Cassirer noch eine Hilfsursache hiezu, indem in der Nacht nach überanstrengender Plättearbeit der erste Anfall des Leidens auftrat. Auch die vielfach zitierte Bemerkung M. Sternbergs, daß die als Vorläufer der Akromegalie oft erscheinenden Akroparästhesien auf das akromegalische Climacterium praecox bezogen werden könnten, muß hier erwähnt werden. Ich möchte den späteren, der Pathologie des Leidens gewidmeten Auseinandersetzungen vorgreifend, hier diejenigen Momente anführen, die mindestens für eine prädisponierende Rolle der dystrophischen Sexualdrüsen sprechen können. Nachdem wir wenigstens in einem Teile der Fälle angioneurotische Phänomene bei der Akroparästhesie erscheinen sehen, wendet sich der Blick zuerst unwillkürlich auf die Häufigkeit vasomotorischer Störungen in dieser Periode des weiblichen Sexuallebens. Dazu gehören nicht nur die so häufigen kardialen Neurosen, sondern auch die auf eine größere Irritabilität der Vasomotoren überhaupt hinweisenden Kongestionen, fliegenden Erytheme, Schwindelanfälle u. a. m. Die von Nothnagel beschriebene Angina pectoris vasomotoria, welche gleichsam der Akroparästhesie mit lokaler Synkope plus Tachykardie und Kongestion entspricht, weisen auf die pathogenetische Verwandtschaft der anfallsweisen Vasokonstriktion und Dilatation hin, zwei Symptome, die wir übrigens gewohnt sind, miteinander abwechseln zu sehen, wie dies z. B. bei Hemikranie sich öfters beobachten läßt. Wenn also, wie für manche Fälle der Akroparästhesie wenigstens zweifellos ist, vasomotorische Phänomene mit ihr vergesellschaftet sind, so ist für letztere Komponente wenigstens ein Einfluß des Klimakteriums wahrscheinlich. Aber auch für die sensiblen Symptome finden sich hinreichend zahlreiche Korrelate. So wird allgemein zugegeben, daß nicht nur generelle Hyperästhesie der Haut- und Sinnesnerven häufige Begleiter des Klimakteriums seien, sondern daß genau definierte Empfindungsanomalien hier oft zustande kommen. Dazu gehört in erster Linie nicht nur der lokale, sondern auch der allgemeine kutane Pruritus, also eine Parästhesie in strengem Sinne, ferner gewisse Formen der Neuralgie, namentlich die Mastodynie, welche ich in einem Falle mit Akroparästhesie und brennenden Parästhesien der Rückenhaut unmittelbar mit dem Beginne der ersten Unregelmäßigkeiten einsetzen sah. Auch Windscheids klimakterische Neurose enthält neben verschiedensten schmerzhaften Sensationen und motorischer Schwäche die Akroparästhesien mit vasomotorischen Erscheinungen. Uebrigens müssen die klimakterischen Symptome von Seiten des Gesamtindividuums nicht gerade zeitlich mit der Menopause zusammenfallen. Es wird von verschiedenen erfahrenen Aerzten betont, daß, noch ehe die Menstruationsstörungen auftreten, sich Allgemeinsymptome geltend machen können, eine Ansicht, welche bei der modernen Auffassung der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen ja gar keine Schwierigkeiten für unser Verständnis bietet. So beobachtete ich eine Frau von 45 Jahren, welche noch regel-

mäßig menstruierte, seit 4—5 Jahren sich „nervös“ fühlt und an häufigen kongestiven Anfällen mit Herzklopfen leidet. Ebensolange bestehen auch Akroparästhesien in den Händen, seltener in den Beinen. Es wäre eben die Annahme nicht unmöglich, daß die ersten Erscheinungen der ovarialen Insuffizienz sich nicht am Uterus, sondern in der vasomotorischen Irritabilität äußerten. Es würde zu weit führen, hier noch alle sensiblen und vasomotorischen Symptome des Klimakteriums und ihre Korrelate, die bekannten Ausfallserscheinungen nach Kastration noch funktionstüchtiger Ovarien, zusammenzustellen. Jedenfalls ist es nach dem Gesagten hinreichend begründet, wenigstens in einem Teile, vielleicht in der Mehrzahl der Fälle von Akroparästhesie dem sexuellen Involutionsprozesse eine Rolle zuzuschreiben. Auch anderweitige funktionelle Ausnahmszustände des weiblichen Genitales scheinen von Bedeutung zu sein. So befanden sich fünf Frauen v. Frankl-Hochwarts in gravidem Zustande, zwei Schwangere befanden sich unter den Kranken Cassirers. Unter meinen Fällen begannen die Symptome nur einmal während der Gravidität.

Natürlich wäre es zu weit gegangen, überall eine derartige Grundlage des Leidens zu vermuten. Dagegen spricht nicht nur das freilich seltene Vorkommen der Erkrankung bei Männern, sondern auch diejenigen Fälle, wo die weiblichen Kranken entweder noch vor oder in der Geschlechtsreife oder aber schon weit jenseits des Klimakteriums sich befanden. Dazu gehört namentlich das von v. Frankl beobachtete Erscheinen des Leidens bei einem zwölfjährigen Mädchen. Außer diesem ist nur noch ein Fall unter 20 Jahren bekannt geworden. Für das andere Extrem sind die Beispiele zahlreicher; so trat unter meinen Kranken das Leiden je einmal im 61., im 66., im 78. Lebensjahre auf. Doch möchte ich besonders hervorheben, daß gerade der erste und letzte dieser Fälle der akuten Form zugehören (s. S. 69).

Sehr wichtig ist die Frage nach dem Gesamtzustand des Nervensystems, insbesondere nach dem Bestehen einer allgemeinen Neuropathie. Von vornherein sind natürlich hier alle Fälle auszuschalten, bei welchen organische Läsionen des Nervensystems an irgend einer Stelle nachweisbar sind. Also vor allem Neuritiden, Wurzelaffektionen, ferner spinale und zerebrale Erkrankungen. Dagegen wird, die Auffassung der Akroparästhesien als funktionelle Neurose als zugegeben betrachtet, dem funktionellen Zustand des Nervensystems Aufmerksamkeit zu schenken sein. Alle früheren Autoren bis auf Cassirer, leugnen einfach das Bestehen solcher Momente, oder zum mindesten wird kein einziges Symptom hiefür angeführt. Auch Cassirer selbst findet nur ausnahmsweise ausgeprägte Erscheinungen einer klinisch charakteristischen allgemeinen Neurose, speziell der Hysterie oder Neurasthenie, dennoch ist nach ihm die Zahl der Fälle mit den Zeichen von allgemeiner Neuropathie eine sehr große. Hiezu rechnet er die Angaben der Kranken über leichte Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Verstimmung, von objektiven Symptomen die Steigerung der Sehnenphänomene an den Beinen, auch an den Armen, welche einigemale konstatiert werden konnten. Dreimal sah er hysterische Symptome, einmal Hemikranie. Unter meinen Fällen war nur einmal eine an Migräne leidende Frau, während ich von sonstigen Zeichen einer Störung des Nervensystems nichts entdecken konnte. Ob den erwähnten Angaben der Kranken Cassirers wirklich die Bedeutung eines Kriteriums der Neuropathie zukomme, muß namentlich bezüglich der subjektiven Angaben, besonders wenn dieselben durch direkt darauf gerichtete Fragen erzielt worden sind, dahingestellt bleiben. Dagegen möchte ich hervorheben, daß diese allgemeinen neuropathischen Symptome gewiß ebenso häufig Teile der klimakterischen Erscheinungen sind, als Zeichen einer genuinen nervösen Grundlage des Gesamtzustandes. Jedenfalls gibt auch Cassirer zu, daß noch spezielle Schädlichkeiten hinzutreten müssen, um auf dem Boden dieser allgemeinen Neuropathie die Akroparästhesie hervorzurufen.

Die letzten Erörterungen drängen uns



unwillkürlich von der Aetiologie in das Gebiet der Pathologie der Akroparästhesien, zur Frage nach dem zwischen Ursache und Symptomen eingeschalteten Mechanismus, d. i. Sitz des Leidens und Art der Veränderungen daselbst. Nachdem bis jetzt wenigstens weder Experiment noch pathologische Anatomie uns hiebei in keiner Weise zu Hilfe kommen, sind wir nur auf die Analyse der Erscheinungen und auf deren eventuelle Analogie oder Verwandtschaft mit anderen besser bekannten oder mindestens objektiv besser charakterisierten Symptomenkomplexen verwiesen.

Ganz fraglos ist nur der sensible und vasomotorische Apparat an den Erscheinungen beteiligt. Denn die scheinbar motorischen Phänomene, wie z. B. die angebliche Steifigkeit, Ungeschicklichkeit der Finger ist nicht auf eine Affektion der Motilität zu beziehen, sondern wohl nur als eine durch die sensiblen Symptome bedingte Störung, eine durch das Dazwischentreten der Parästhesien zustande kommende Verwischung der aus der Peripherie einlangenden feinen Einzelempfindungen, deren genaueste gegenseitige Abwägung im Zentralorgan zum Ausführen feinerer Bewegungen erforderlich ist. Und tatsächlich beschränken sich ja die Motilitätsstörungen stets nur auf die Ausführung feinerer Bewegungen, während die grobe Kraft vollkommen erhalten bleibt. Die manchmal zu beobachtende objektiv nachweisbare Sensibilitätsabstumpfung kann noch wesentlich zur Entstehung solcher in weiterem Sinne koordinatorischer Störungen beitragen. Ob vielleicht auch eine Affektion der Nervenendigungen für den Muskelsinn hiebei eine Rolle spielt, was in dem Sinne einer der für die Akroparästhesien aufgestellten Theorie nicht unmöglich wäre, mag dahingestellt bleiben. Tatsächlich sind auch alle Beobachter in dem Punkte einig, daß der Sitz der Störungen in den sensiblen Nervenapparat zu verlegen sei. Es ist dann jedoch zu entscheiden, an welcher Stelle oder an welchem Neuron der Angriffspunkt zu suchen sei.

Parästhesien sehen wir sonst sowohl bei zentralen als peripheren Affektionen. Nicht nur von der Hirnrinde, auch von tieferen Zentren und Bahnen des Gehirns und Rückenmarks, von den spinalen Wurzeln, sowie von den peripheren Nerven und deren Endigungen können Parästhesien ausgelöst werden und nach den Gesetzen der neurologischen Diagnostik werden wir bei Fehlen anderweitiger Stützpunkte in der anatomischen Verteilung der Symptome das wichtigste Kriterium für die Erkenntnis des ergriffenen nervösen Organs zu suchen haben. Der hemiplegische Typus zerebraler Affektionen wird bei den Akroparästhesien nur so ausnahmsweise beobachtet, daß eine derartige Topographie der Symptome weit eher als zufällige Anordnung, denn als im Wesen des Prozesses begründete gesetzmäßige Verteilung betrachtet werden muß. Allerdings könnten manchmal zerebral bedingte Parästhesien unter der Form der Akroparästhesie erscheinen, doch werden dann wohl stets einzelne Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde — z. B. Auftreten nach Art einer sensiblen kortikalen Epilepsie, den Anfall begleitende Kopfschmerzen oder Schwindelerscheinungen, oder auch deutliche motorische Symptome — vor einer solchen Verwechslung bewahren. Es ist auch noch niemals der Versuch gemacht worden, für die typische Akroparästhesie die Annahme eines zerebralen Sitzes zu begründen.

Dagegen ist wiederholt z. B. von S i n k l e r, B a l l e t, B e r n h a r d t (teilweise), O p p e n h e i m der Ursprung der Affektion in einer spinalen Erkrankung gesucht worden, und zwar nehmen sie z. B. mangelhafte Blutversorgung des Halsmarkes, Reizzustände daselbst, namentlich in den vasomotorischen Zentren, an. Offenbar ist es der gewöhnliche paraplegische Typus, die Symmetrie der Affektionen gewesen, welche zu diesem Schlusse geführt hat, wenn sich auch die genannten Autoren nicht näher über die aus der Verteilung der Akroparästhesien gestatteten Folgerungen aussprechen. Nur A. P i c k hat in der jüngsten Mitteilung über diesen Gegenstand sich eingehend auf diese Erörterung eingelassen.



Picks bereits auf Seite 67 erwähnte Beobachtung betraf eine 50jährige Frau, welche seit 30 Jahren allnächtlich durch ein fremdartiges Gefühl zwischen den Schultern geweckt wird, welchem bald darauf prickelnde Parästhesien an der Außenseite beider Arme, von den Schultern bis in den vierten und fünften Finger reichend, sich anschließen. Am Ringfinger ist die ulnare Hälfte stärker affiziert. Das Gefühl in den befallenen Fingern ist abgestumpft. Während stärkerer Anfälle schwindet das Gefühl vollkommen, gleichzeitig werden die zwei betroffenen Finger zuerst blaß, dann bläulich verfärbt. Manchmal dehnen sich die Parästhesien auch auf die übrigen Finger aus.

Pick sieht in dieser Verteilung der Parästhesien den Ausdruck einer segmentalen Affektion, welche an der oberen Extremität genau dem Gebiete der achten zervikalen Wurzel, am Thorax den obersten Dorsalwurzeln entspricht und schließt daher auf eine zentrale Affektion in diesem Bereiche des Halsmarkes. Ferner beruft sich Pick auf diejenigen Fälle anderer Beobachter, in welchen nur bestimmte Teile der Hand befallen waren. Meist zeigte auch hier merkwürdigerweise das ulnare Gebiet eine Prädilektion, wie dies in einer Anzahl von Beobachtungen Schultzes, Friedmanns, v. Frankls, Cassirers der Fall war, womit auch ich nach meinem Material übereinstimmen kann. Daß in anderen Fällen bei Parästhesien die ganze Hand befallen wird, also andere Segmente und Teile von solchen, dafür gibt Pick zu bedenken, daß die segmentalen Innervationszonen der Haut sich bekanntlich nicht scharf von einander abgrenzen, sondern sich überdecken, so daß mindestens drei benachbarte spinale Segmente sich an der Innervation eines Hautbezirkes beteiligen und jede Zone der Haut von mindestens zwei Segmenten innerviert wird. Dies erklärt natürlich, wieso auch bei Affektion nur eines Segments, z. B. des achten Zervikalsegments, die Parästhesien sich auf die ganze Hand verbreiten können, deren sensible Bahnen in anderen Rückenmarkssegmenten endigen. In weiterer Ausführung dieses Gedankens würde sich also folgendes ergeben: Die Hand wird von der sechsten zervikalen bis ersten dorsalen Wurzel innerviert, so daß dem sechsten und siebenten Segmente die radiale Seite, den anderen die ulnare hauptsächlich zugehört, doch nicht ausschließlich. Es können daher Störungen, deren Ursache in dem einen Segment gelegen ist, gelegentlich auch in der anderen, ihm nicht eigentlichen Domäne sich geltend machen. Diese Darstellung ermöglicht es, auch in denjenigen Fällen einen spinalen Sitz des Leidens anzunehmen, wo die Verbreitung der Parästhesien anscheinend keinerlei Anhaltspunkte für eine segmentale Verteilung bietet. Vollends, wenn man die Läsion in mehrere Nachbarsegmente verlegen würde, würde die symmetrische Erkrankung beider Hände in ihrer ganzen Ausdehnung vollkommen verständlich sein.

Doch bleibt meiner Ansicht nach immer noch ein wichtiger Punkt ungeklärt, die Tatsache nämlich, daß in den allermeisten Fällen, nicht wie im Falle Picks, die Parästhesien in langen streifenförmigen Zonen, sondern nur in den peripheren Teilen der segmentalen Zonen, z. B. Fingerspitzen, ganze Finger, seltener schon die ganze Hand befallen, während wir doch bei spinaler Affektion die erstere Ausdehnung erwarten würden. Auch Pick hat diese Schwierigkeit eingesehen und hebt hervor, daß auch in den mehr generalisierten Fällen die Parästhesien nicht auf die „Akra“, d. h. Finger und Hand, beschränkt bleiben, sondern sich nach aufwärts verbreiten. Es würde hienach also nur in Anfangszuständen oder leichten stationären Fällen der wahre Umfang des affizierten Zentralgebietes maskiert. Wie ich glaube, ist jedoch hiedurch die Schwierigkeit nicht aus dem Wege geräumt, sie bleibt für die Anfangszustände ebenso nach wie vor bestehen. Es ließe sich die partielle Affektion jedoch plausibler machen, wenn wir annehmen dürften, daß Reizerscheinungen aus Gebieten, auf welche wir besonders zu achten gewöhnt sind — also hier die Fingerspitzen, unser gebräuchlichstes Tastorgan — stärker empfunden werden als aus anderen. Auch bei der Supposition einer Affektion zentraler Zwischenapparate, zwischen peripherer Nervenendigung und Hirnrinde,

würden dann gerade die in den spinalen Schaltapparaten für die Hautsensibilität der Hand vorhandenen funktionellen Störungen als Parästhesien in die betreffenden Gebiete hinausprojiziert werden, während die gewöhnlich weniger zum Tasten benützten, weniger beachteten Segmente und Hautpartien von den Parästhesien anscheinend verschont bleiben. Daß übrigens auch die größere Zahl der Endorgane in den Tastbezirken, daher auch ihrer Schaltapparate im nervösen Zentralorgan, eine Rolle spielen könnte, mag auch erwähnt werden.

Für eine eventuelle Affektion der peripheren Nervenbahnen bei den Akroparästhesien ist kein stichhältiger Grund einzusehen. Gerade hier ist ja die Scheidung der einzelnen Versorgungsgebiete anatomisch viel strenger durchgeführt als bei der segmentalen Innervation. Nur vereinzelte individuelle Variationen in der Nervenverteilung rufen scheinbare Ausnahmen von dieser Regel hervor, doch können uns diese keineswegs die fast gesetzmäßige Generalisation der Akroparästhesien verständlich machen. Es könnte nur der Fall eintreten, daß eine Affektion des gesamten Plexus brachialis den Akroparästhesien zugrunde liege. Tatsächlich liegt hiefür eine Anzahl von Beispielen vor, welche R. Schmidt beschrieben hat. Derselbe fand in einer großen Anzahl von Fällen mit deutlicher Lungenspitzenaffektion Akroparästhesien vor und führt dieselben auf eine Affektion des über die erkrankte Lungenspitze hinwegziehenden Plexus brachialis zurück, sei es, daß „einfache, atrophisch-parenchymatöse Degenerationszustände“ oder Perineuritis, diese durch Uebergreifen der die Lungenaffektion begleitenden schwieligen Entzündung bedingt, am Plexus sich einstellen. In ersterem Falle bestehen bloß Akroparästhesien, im zweiten auch ausgesprochene Druckschmerzhaftigkeit des Plexus. Doch unterscheiden sich die Fälle Schmidts in manchen Punkten wesentlich von den Akroparästhesien in unserem Sinne. Vor allem sind sie meist einseitig, betreffen fast ausnahmslos Männer, haben eine vollkommen differente Aetiologie und weisen eben durch die Einseitigkeit, die Druckschmerzhaftigkeit, den oftmaligen Parallelismus mit den phthisischen Symptomen auf ihre Natur eines lokalen Leidens hin — durchwegs Momente, welche fast immer bei den Akroparästhesien vermißt werden. Allerdings könnte die Symmetrie der Schultzeschen Akroparästhesien nicht als Gegengrund gegen eine Erkrankung der peripheren Nerven angesehen werden, wie dies bereits Cassirer mit dem Hinweise auf die so häufigen symmetrischen Neuritiden hervorgehoben hat. Fragen wir jedoch nach der Natur der supponierten Nervenerkrankung, so führt alles auf eine Verneinung hinaus. Gegen eine neuritische Affektion spricht, abgesehen von der Verteilung und der intakten Motilität, das Fehlen der Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, das anfallsweise Auftreten, das Fehlen tieferer Sensibilitätsstörungen sowohl zu Beginn als auch während des noch so langen Verlaufes. Allerdings haben bei den akutesten Fällen Ursache und Beginn vieles mit einer Neuritis gemein. Der Vergleich der Akroparästhesien mit den Neuralgien, welchen Cassirer durchführt, hat wohl vieles für sich, doch auch hier fehlt vor allem die Beschränkung auf ein anatomisch definiertes Nervengebiet, die Druckpunkte, abgesehen davon, daß mit der Parallele zur Neuralgie nicht viel für die Pathogenese gewonnen wird, ist doch die Lehre von den Neuralgien noch so lückenhaft, daß wir in manchen Fällen nicht einmal zu entscheiden vermögen, ob nicht höhere Neurone als die peripheren Nerven an der Affektion beteiligt sind.

Dennoch wäre es möglich, ziemliche Uebereinstimmung mit der gewöhnlichen Aetiologie und Ausbreitung des Prozesses zu gewinnen, wenn wir zwar nicht die Nervenstämme, sondern die letzten Nervenverzweigungen oder auch die Nervenendigungen als die Träger des pathologischen Prozesses ansehen würden. Starke oder kumulierte thermische Reize treffen die ganze Hand gleichmäßig, ebenso wie die Akroparästhesien meist die ganze Hand befallen. Cassirer sowie auch Schultze, welche zu dieser Ansicht sich bekennen, finden in der manchmal

anzutreffenden Hypästhesie einen Hinweis darauf, daß es sich speziell um die sensiblen Nervenendigungen handeln müsse.

(Schluß folgt.)

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber die Behandlung von Hämorrhoiden und verwandten Zuständen mit oszillierenden hochgespannten Strömen. Von T. I. Bokenham.

Vf. berichtet über 118 Fälle, die er nach der Doumer'schen Methode mit hochgespannten oszillierenden Strömen behandelt und zum größten Teil geheilt hat. Die besten Resultate hatte er mit dieser Methode bei Fissuren, Pruritus ani und bei beginnenden Hämorrhoiden. — (Lancet, Juli 1904.) F. L.

Chlorfreie Diät bei Hydrops. Von Massalongo und Zambelli in Verona.

Als Resultat der klinischen Beobachtungen ergibt sich die wichtige Tatsache, daß das Chlornatrium bei der Entstehung und dem Verschwinden der Oedeme und viszeralen Ergüsse eine große Rolle spielt und daher die Notwendigkeit entsteht, in allen diesen Fällen die chlorfreie Diät zu versuchen. — (Berl. klin.-ther. Wochenschr. Nr. 50, 1904.) F. L.

Der Meteorismus gastro-intestinalis und seine Behandlung. Von B. Stein in Nürnberg.

Auch das vorliegende Heft (Nr. 3, Bd. IV, 1904) der rühmlichst bekannten Würzburger Abhandlungen bespricht ein für den Praktiker hochwichtiges Kapitel. Besonders ausführlich sind Aetiologie und Symptomatik berücksichtigt. Wir wollen uns darauf beschränken, an dieser Stelle nur über das Kapitel der Therapie zu referieren. In erster Linie hat die Therapie ihr Augenmerk auf die Bekämpfung der Stagnation zu richten. Das souveräne Mittel ist die Entleerung des Darmes mit Einläufen. Unter den vielen Arten von Einläufen, die empfohlen wurden, stehen obenan die von Kußmaul in die Praxis eingeführten Oelklistiere, weil sie einmal am weitesten hinauf ihre Wirkung erkennen lassen und weil sie zugleich die reizloseste Applikation darstellen. Am schnellsten kommen wir zum Ziele, wenn wir uns bei dieser Methode streng an die Vorschriften halten, die Fleiner in seiner Arbeit „Ueber die Behandlung der Konstipation und einiger Dickdarmaffektionen mit großen Oelklistieren" gegeben hat. Zuerst muß man den Darm ganz gehörig ausleeren, indem man am Vormittag mehrere Tage hintereinander 200—300 g Oel (am besten reines Olivenöl oder Mohnoder Sesamöl) geben läßt — in linker Seitenlage bei erhöhtem Kreuz und unter geringem Druck — und den Patienten anweist, dasselbe so lange als möglich bei sich zu behalten; an den Abenden kann man durch ein ebenfalls auf 27° erwärmtes Kamillenklistier von 100 g die Wirkung noch unterstützen. Hat man dies einige Tage fortgesetzt und die Ueberzeugung, daß der Darm von allen Ueberresten befreit ist, so wird man auf die gleiche Weise auch neue Gasbildung verhindern können, wenn man erst täglich, dann nur einen Tag über den anderen am Abend den Patienten 100—200 g Oel geben läßt, das er dann über Nacht behalten soll. Auch dieser abendlichen Kur kann man am Morgen einen Kamilleneinlauf folgen lassen, falls das Oel nicht zu einer vollständigen Entleerung geführt hat. Diese Kur kann man noch unterstützen durch Mineralwasser (nüchtern ein Glas), Condurango, Quassia amara, Hopfentee, Heilgymnastik, systematische Körperbewegungen, hydrotherapeutische Maßnahmen (lauwarme kurze Sitzbäder, Dusche, „Dunstumschläge", Massage (Kontraindikation: Ulcus ventriculi,

Obstipatio spastica, entzündliche Affektionen des Abdomens), Elektrizität.

Die Therapie hat ferner ihr Augenmerk auf die Bekämpfung der fermentativen Prozesse durch chemische Bindung zu richten. Die Zahl der zu diesem Zwecke empfohlenen Mittel ist eine beträchtliche: Carminativa, Salyzyl, Magnesia usta, Kalkwasser, frisch geglühte Tierkohle, salyzylsaures Natron, Kreosot, Naphthalin.

Das Wesentlichste der diätetischen Vorschriften ist das Verbot der lufthaltigen und gärfähigen Speisen und Getränke.

Die Allgemeinbehandlung hat zu bestehen in systematischer Körperbewegung, Terrainkuren, Aufenthalt im Gebirge, Hydrotherapie, Trinken alkalisch-salinischer Quellen (Karlsbad, Neuenahr, Homburg, Tarasp, Kissingen etc.). (Würzb. Abhandl., H. 3, 1904.) F. L.

Toxische Nephritis nach Perubalsameinreibung.

A. Gaßmann (Basel) verordnete einem 26jährigen kräftigen Mann gegen Skabies Perubalsameinreibung. Einzelne ekzematöse Stellen wurden abends mit Perubalsamvaselin, der übrige Körper mit 30%igem Schwefelvaselin eingerieben. Am Morgen wurde die Salbe entfernt und dieses Verfahren zweimal wiederholt. Bei jeder Einreibung wurden etwa 25 g Perubalsam verbraucht. Nach zwei Tagen hatte sich eine schwere Nephritis entwickelt.

Die Fälle von Nephritis nach Einreibung von Perubalsam, die in der Literatur beschrieben sind, sind recht selten. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 30, 1904.) F. L.

Ueber die bisherigen Resultate der Behandlung des Diabetes insipidus mit Strychnin-Injektionen. Von Leopold Feilchenfeld in Berlin.

Vf. hat die bisher bekannt gewordenen elf einschlägigen Fälle einer Analyse unterzogen und ist zu der Meinung gekommen, daß das Mittel oft so günstig gewirkt hat, daß man bei keinem Patienten mit Diabetes insipidus versäumen sollte, es zu versuchen. Die Wirkung ist eine umso sichere, je früher das Mittel zur Anwendung kommt, respektive je frischer der Fall ist. Man soll mit 0·001 beginnen und einen um den anderen Tag einspritzen, indem man jedesmal die Dose um 0·001 steigert bis zu 0·005 und dann wieder bis zur anfänglichen Dosis nach mehrmaligem Einspritzen heruntergeht. Im ganzen sollten 12 Einspritzungen genügen, die nach einigen Monaten wiederholt werden können. Unangenehme Nebenwirkungen sind bei den meisten Patienten beobachtet worden in Form von Schmerzen in den Muskeln, namentlich des Kauapparats. (Vf. bittet um Mitteilung einschlägiger Beobachtungen.) — (Med. Klinik Nr. 3, 1904.) F. L.

Ueber die Therapie der Enteritis mucomembranacea äußerte M. Bardet in der Société de Thérapeutique de Paris (Dezember 1904) bemerkenswerte Ansichten. Er ist der Meinung, daß diese Affektion des Darmes stets gastrischen Ursprungs und demgemäß als eine sekundäre Erkrankung aufzufassen ist. Aehnliches hat auch schon Robin ausgesprochen. Bardet empfiehlt, den lokalen Prozeß im Darm in Ruhe zu lassen und nur den Magen therapeutisch zu beeinflussen.
F. L.

In derselben Sitzung behandelte M. Edhem die Nomenklatur dieser Affektion. Nach seiner Meinung müßte im Namen der Krankheit deren funktionelle Natur besser zum Ausdruck kommen, er wünscht deshalb die Bezeichnung „Hyperästhesie, intestinale“. (Ref. hält es für ganz überflüssig, den vielen Synonymen ein weiteres beizufügen, das nicht einmal originell ist, sondern wohl genau dasselbe besagt, wie die akzeptabelste Bezeichnung, die von Ewald stammt, der — eben in Würdigung der Aetiologie und Symptomatik der Erkrankung — den Namen Myxo-Neurosis intestini geschaffen hat, an dem nicht leicht etwas auszusetzen sein wird.) F. L.

Ueber Fersan. Von Prof. Luigi Maramaldi.

Azidalbumine, welche Eisen und Phosphor in organischer Bindung enthalten, stellen an die Verdauungskraft des Magens keine Ansprüche und gelangen im Darm vorzüglich zur Resorption; daher hält Prof. Maramaldi die Fersanpräparate für einen bedeutenden Fortschritt in der Therapie der Blutarmut und Verdauungsstörungen. Fersan vereinigt die Vorzüge der Nähr- und Eisenpräparate und ermöglicht dem Arzte die jeweilige erforderliche Dosierung, ohne die geringsten störenden Nebenwirkungen befürchten zu müssen. Bei Chlorose, Anämie, Appetitlosigkeit und in der Rekonvaleszenz gibt man am besten Fersanpulver, 2—3mal täglich, je 1 Kaffeelöffel mit Milch oder mit Mineralwässern. Bei Kindern haben sich die Schokolade-Fersan-Kinderpastillen vorzüglich bewährt. — (Giornale internazionale delle scienze mediche, Bd. 16, 1904.) B.

Ueber Neuronal. Von Kurt Schulze. (Aus dem Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt; Prof. A. Schmidt.)

Vf. hat das Präparat in 140 Einzeldosen bei 43 Patienten angewandt. Im allgemeinen wurde die Einzeldosis von 0·5 nicht überschritten, nur in wenigen Fällen, und zwar bei Männern mit Lungentuberkulose, deren Schlaf durch starken Hustenreiz gestört war, wurde 1·0 gegeben. Das Medikament wurde als Pulver in Oblaten oder als Tablette etwa 1—$^1/_2$ Stunden vor der üblichen Schlafenszeit verabreicht. Das Einschlafen erfolgte bei den meisten Patienten sofort, nachdem Ruhe im Krankensaale eingetreten war. Der Schlaf hielt in den meisten Fällen die ganze Nacht, also zirka acht Stunden, an, und die Patienten erwachten frisch und gestärkt, wie nach dem natürlichen Schlaf.

Den Gesamteindruck, den Vf. von dem neuen Heilmittel empfangen hat, faßt er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Neuronal wirkt in Gaben von 0·5—1·0 günstig in den meisten Fällen von Schlaflosigkeit, soweit nicht starke Schmerzen oder andere Beschwerden heftiger Art komplizierend wirken.

2. Auf Kopfschmerzen hat es keinen Einfluß.

3. Bei Epilepsie scheint es die Zahl der Anfälle herabzusetzen.

4. Eine kumulative Wirkung findet nicht statt, eher eine gewisse Abschwächung bei länger fortgesetztem Gebrauch.

5. Leichte Nebenwirkungen kommen gelegentlich vor, sind aber selten und gefährden nicht den Patienten. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 1, 1905.) Laub.

Die Behandlung der Lungenblutungen. Von Prof. Dr. H. Hochhaus in Köln.

Hauptaufgabe der Behandlung ist es, dem Kranken möglichste Ruhe zu verschaffen, sowohl psychische als auch körperliche. Man verordnet am besten absolute Bettruhe in einem kühlen, ruhigen Zimmer. Als Nahrung erhalte der Kranke in den ersten Tagen nur kühle Getränke und Suppen; in der ersten Stunde nur einige Eisstückchen. Auf die Brustseite, aus welcher die Blutung gekommen ist, legt man einen Eisbeutel.

Eines alten Rufes erfreut sich das Kochsalz, von dem man sofort einen Eßlöffel mit wenig Wasser schlucken läßt. Von styptischen Mitteln verordnet man entweder das Extr. Secal. cornut. fluid., 3mal 10—20 Tropfen, oder das Extr. Hydrast. canad. etwa in gleicher Dosis oder auch das von Traube empfohlene Plumbum aceticum, 0·02 zweistündlich; von Fränkel wird sehr warm das Ol. Terebinth. in Kapseln (à 0·50; 4—5 Stück in 24 Stunden) empfohlen. In ganz leichten Fällen wird man sich mit der Verordnung des Haller'schen Sauer begnügen. Die Indikation und Anwendung von Morphinpräparaten ist nur dann gegeben, wenn ein fortwährender Reizhusten die Kranken quält und zu befürchten steht, daß durch die anhaltenden Hustenstöße der spontane Stillstand der Blutung verhindert wird; mäßiger Husten, der das ergossene Blut aus der Lunge befördert, erscheint nur zweckmäßig und darf durch Opiate nicht unterdrückt werden.

Bei sehr schwerer Hämoptoe empfiehlt Vf. subkutane Injektionen von Gelatine Merck bringt dieselbe in Glas-

tuben von 40 cm³ Inhalt einer 10%igen Gelatine in den Handel. Die Tube wird leicht erwärmt, bis die Gelatine vollkommen flüssig ist, dann wird eine Spitze der Tube abgebrochen und der Inhalt mit einer entsprechend großen Spritze aufgesaugt; injiziert wird entweder vorn am Thorax oder an der Außenseite am Oberschenkel. Der Schmerz ist nur anfangs einigermaßen bedeutend, wird aber durch eine Eisblase gelindert und verschwindet bald. Die Injektion kann, je nach Bedürfnis, in den nächsten Tagen nochmals wiederholt werden. Von anderen Medikamenten sind noch zu empfehlen von Ergotin bis Dialysat: 2:10 mehrmals täglich eine Spritze oder Adrenalin (1:1000), ebenfalls mehrmals täglich eine Spritze.

Mechanische Maßnahmen sind besonders zwei zu erwähnen: in erster Linie das Abbinden der Glieder. Zweck der Maßnahme ist die Ansammlung von möglichst viel Blut in den Extremitäten und die dadurch bewirkte Herabsetzung des Blutdruckes in den Lungengefäßen.

Zum Zwecke der Ruhigstellung der erkrankten Brustseite empfiehlt Niedner einen komprimierenden Heftpflasterverband, den er mit breiten Heftpflasterstreifen in zwölf Touren um die erkrankte Seite herumlegt; ein Stillstand der Blutung wird dadurch sicher (?) erreicht. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5, 1905.) Laub.

Die Behandlung der habituellen Obstipation. Von Prof. Dr. Adolf Schmidt in Dresden.

Die Mittel, welche zur Bekämpfung der habituellen Obstipation zu Gebote stehen, kann man in diätetische Maßregeln, mechanische Behandlungsmethoden, Einläufe, Abführmittel und in psychische, respektive erziehliche Einflüsse gruppieren.

Die diätetische Behandlung geht von der Erfahrungstatsache aus, daß die Verarbeitung der Speisen im Darmkanal chronisch Obstipierter vollständiger und besser geschieht, als gewöhnlich. Man muß bestrebt sein, möglichst schwer verdauliche, schlackenreiche Speisen einzuführen oder solche, welche reich an Spaltungsprodukten sind. Zu den ersteren gehören zellulosereiches Brot, Gemüse, Früchte etc., zu den letzteren saure Salate, Buttermilch, gewisse Fette. Unter Zulage chemisch reizender Substanzen (Salze, Gewürze, Honig, Milchzucker) und mit Vermeidung all dessen, was „stopft“, muß der Speisezettel entworfen werden.

Zur Unterstützung der Obstipationsdiät dienen verschiedene kleine Kunstgriffe, wie das Trinken eines Glases kalten Wassers nüchtern, körperliche Bewegung vor dem Frühstück, der Genuß einer Morgenzigarre etc.

Das Rüstzeug der mechanischen Behandlung umfaßt die Massage des Leibes, die Faradisation des Abdomens und des Mastdarmes, die hydrotherapeutischen Prozeduren und die gymnastischen Uebungen.

Die Klysmatatherapie der habituellen Obstipation ist im allgemeinen nur eine symptomatische, sie dient zur Evakuation des Darmes, zur Beseitigung der Koprostase. Eine Ausnahmestellung muß nur den Oeleinläufen eingeräumt werden. Ihr Hauptteffekt beruht auf der mild-reizenden Wirkung der durch bakterielle Zersetzung abgespaltenen Fettsäuren; daneben wirkt das Oel reibungsvermindernd und beruhigend auf die gereizte Schleimhaut. Die Oeleinläufe sind daher auch bei spastischer Obstipation manchmal von ausgezeichnetem Erfolg.

Die medikamentöse Therapie ist in den meisten Fällen nur eine symptomatische. Zu den gebräuchlichsten Medikamenten für längeren Gebrauch gehören außer dem Karlsbader Salz das Kurella'sche Brustpulver, die Tamarinden und neuerdings der kalifornische Feigensirup. Muß man zu stärkeren Mitteln greifen (Podophyllin, Extr. Aloës, Extr. Colocynthidis), so verschreibt man sie am besten in Pillenform und läßt sie alle paar Tage, höchstens zweimal in der Woche, nehmen. Bei ausgesprochenen spastischen Formen sind nur die mildesten Mittel erlaubt; häufig erzielt man hier

durch Opium, Belladonna, Brom und selbst durch Chloralhydrat nicht nur ein Nachlassen der Schmerzen, sondern auch spontanen Stuhl.

In der Praxis gestaltet sich die Behandlung der habituellen Obstipation gewöhnlich so, daß zunächst mit den einfacheren Methoden: Diät, Gymnastik, Massage begonnen wird, und erst, wenn diese versagen, die Elektrizität, die Einläufe und Medikamente zu Hilfe genommen werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3, 1905.) Laub.

Einige therapeutische Mitteilungen über Fersan. Von Dr. Eichenwald.

Vf. berichtet über einige Fälle von Chlorose und Anämie, bei welchen die Verabreichung von Fersanpulver durch zirka 6 Wochen in Dosen von 3 Kaffeelöffeln pro Tag mit Milch oder Mineralwässern eine bedeutende Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes zur Folge hat. Besonders auffallend ist die leichte Resorbierbarkeit der Fersanpräparate auch bei Bestehen von Dyspepsie und Hypazidität, wodurch das Fersan berufen ist, namentlich bei magenschwachen Individuen eine fühlbare Lücke in der Therapie der Blutarmut auszufüllen. — (Russ. Therapie d. Gegenw. Nr. 7 u. 8, 1904.) B.

Physikalische Therapie.

Ueber den inneren Gebrauch des Meerwassers. Von Dozent Dr. G. Fodor in Abbazia.

Zu seinen Versuchen hat Vf. das Meerwasser durch den Herrn Apotheker Kromißki filtrieren und unter 10—12 Atmosphärendruck mit Kohlensäure imprägnieren lassen; das filtrierte und mit Kohlensäure imprägnierte Seewasser ist in der hiesigen Apotheke unter dem Namen „Marina“ erhältlich. Die Filtration mit „Delphin-Filter“ hatte den Zweck, das Meerwasser, obzwar es weit von der Küste geschöpft und vollkommen klar ist, zu reinigen und zu sterilisieren; zur vollständigen Sterilisation genügt die Filtration auf die Dauer nicht, und darum wird Vf. künftig versuchen, das Wasser außer der Filtration mittels Elektrizität durch Ozonisierung zu sterilisieren; diese Methode scheint bisher von allen Wassersterilisationsmethoden die einfachste und zuverlässigste zu sein. Die Imprägnierung mit Kohlensäure unter hohem Druck wirkt zum Teil keimtötend; wichtiger ist aber die Rolle der Kohlensäure als Geschmackskorrigens. In allerletzter Zeit hat Meinel Versuche mit dem Wiesbadener Kochbrunnen angestellt, welcher zum Zwecke der Geschmackskorrektur mit Kohlensäure imprägniert, zu Trinkkuren angewendet wird und fand, daß unter dem Gebrauch von heißem Wiesbadener Kochbrunnen der sekretionssteigernde Einfluß der Quelle nicht so augenscheinlich war, als bei dem kalten Wasser, namentlich scheint der Zusatz von Kohlensäure den Brunnen zu Trinkkuren geeigneter zu machen. Nicht zu unterschätzen ist der Wert, des durch die Kohlensäure verursachten Aufstoßens, wodurch Gärungsgase mit der Kohlensäure aus dem Magen entfernt werden.

Die Marina wurde von Patienten gerne genommen und gut vertragen; bei einigen aber mußte Vf. die Versuche einstellen, da auch nach ganz kleinen Dosen Durchfälle aufgetreten waren.

Das Beobachtungsmaterial umfaßt mehrere Fälle von chronischem Magendarmkatarrh, einen Fall von Exsudatum pleuriticum, zwei Fälle von Diabetes mellitus und einen Fall von Dyspepsie bei einem Kinde; außerdem hat Vf. die Marina in mehreren Fällen als Abführmittel versucht. In den Fällen mit chronischem Magendarmkatarrh war ausnahmslos eine Besserung des Appetits und häufig eine Regelung der Stuhlentleerung zu beobachten. In allen diesen Fällen gab Vf. die Marina vor den Hauptmahlzeiten mit gleichem Quantum Wasser verdünnt; das einmalige Quantum Marina betrug $^1/_4$ bis $^1/_3$—$^1/_2$ Trinkglas. Als Abführmittel ließ Vf. ein halbes Trinkglas (eventuell auch mehr) Marina zur Hälfte mit gewöhnlichem Wasser verdünnt trinken; hiebei waren große individuelle Unterschiede zu bemerken; bei einigen Patienten mußte Vf. (wie schon erwähnt) den weiteren Gebrauch wegen heftiger Durchfälle einstel-

len. Vielfach konnte er beobachten, daß kleine Dosen Marina (1—2—3 Eßlöffel) die entgegengesetzte, d. i. obstipierende Wirkung hatten.

Der erwähnte Fall von Dyspepsie bezieht sich auf ein 15—16 Monate altes Kind, bei welchem vor den Mahlzeiten dreimal je zwei Kaffeelöffel Marina mit ebensoviel Zuckerwasser verdünnt gegeben wurden. Schon am zweiten Tage war eine Besserung des Appetits, sowie die Regelung der Stuhlentleerungen zu beobachten. Interessant sind die Fälle mit Exsudatum pleuriticum und Diabetes mellitus. Es war a priori zu erwarten, daß bei pleuritischen Exsudaten eine günstige Einwirkung der Marina auf die Resorption des Exsudats sich zeigen wird. Müller hat bei Pleuritis exsudativa nach Behandlung mit Kochsalz die Besserung schon in einigen Stunden konstatieren können; Glax behandelte 25 pleuritische Kranke, darunter 12 mit totalem Exsudate einer Brusthälfte, mit Kochsalz; bei den schweren Fällen war die mittlere Heilungsdauer 22 Tage, während Pirnser mit seiner Durstkur 28 Tage dazu brauchte; die Heilungsdauer der unkomplizierten punktierten Fälle war 47·7 Tage. In einem Falle des Vf. (Mädchen von 18 Jahren) war in den ersten Tagen der Behandlung mit Marina eine bedeutende Besserung des Appetits und Allgemeinbefindens zu konstatieren, sowie eine bedeutende Steigerung der Diurese und Sinken des Exsudats während der zweiwöchentlichen Beobachtung. Dann schildert Vf. einen Mann von 46 Jahren, der seit 4—5 Jahren an Diabetes mellitus leidet; bei seiner Ankunft wiegt er 62 kg. Die Urinuntersuchung ergibt eine Urinmenge von 3250 Kubikzentimeter, spezifisches Gewicht 1030, Zucker 4·5%, also 144 g im Tagesquantum; Diät nicht beschränkt. Er bekommt Marina und trinkt täglich 200 bis 250 g mit ebenso viel Wasser verdünnt; nach einer Woche ist die Menge des Urins 3000 cm³, spezifisches Gewicht 1025, Zucker 3·3%, also 99 g im Gesamtquantum; Körpergewicht ist auf 64 kg gestiegen. Die Diät wurde während der Kur nicht geändert.

Die Abnahme der Glykosurie war bei den Zuckerkranken ebenfalls a priori zu erwarten; eine Verminderung der Zuckerausscheidung nach Kochsalzzufuhr haben schon M. Solon, Coutant und Bouchardat beobachtet; anderseits zeigt auch die tägliche Erfahrung, daß Diabeteskranke nach Trinkkuren von Kochsalzwässern in Homburg, Kissingen sehr häufig mit einer gesteigerten Toleranz gegen Kohlehydrate zurückkehren. Szegö und Kurz stellten ebenfalls Versuche in ihrer Praxis mit der Marina an; aus den Versuchen des Dr. Szegö hebt Vf. nur das Resümee hervor; S. beobachtete die vorteilhafte Wirkung der Marina in erster Reihe bei Kindern, die an Rhachitis und Anämie litten, wo neben einer hartnäckigen Appetitlosigkeit auch Störungen in Magen- und Darmfunktion zu konstatieren waren. Es sind dies Fälle, wo man eine verringerte Sekretion des Magensaftes oder mindestens einen subnormalen Gehalt des Magensekrets an spezifischen Bestandteilen voraussetzen könne. In allen diesen Fällen erwies sich die Marina von unmittelbarem Erfolg begleitet; die Magenstörungen gingen zurück und die allgemeine Ernährung hob sich auffallend. Dr. Kurz wendete Marina bei einer durch mehrere rasch aufeinander gefolgte Entbindungen in ihrem Kräftezustand stark herabgekommene Dame an. Einer objektiv deutlich nachweisbaren Gastroptose, Wanderniere, Darmatonie entsprachen ihre Beschwerden, die sich namentlich auf den Verdauungstrakt bezogen; sie bekam Marina in kleinen Dosen und es war der günstige Einfluß des Wassers auf Appetit und Darmfunktion nicht zu verkennen.

Bei einer Patientin, die an chronischer Obstipation litt, wendete er die Marina in großen Dosen mit gutem Erfolge an. Bei einem Patienten, der an chronischer Bronchitis und Emphysem litt, der 2 Wochen in Abbazia ohne Medikation verbrachte, trat gleichfalls eine deutlich erkennbare Besserung des bis dahin stationären Katarrhs ein, die sich in selteneren Hustenanfällen, erleichterter Expektoration, sowie objektiv in einem Rückgang der katarrhalischen Erscheinungen bemerkbar machte.

Wir sehen aus den obigen Ausführungen, daß das Meerwasser in vielen Krankheitsfällen mit gutem Erfolge anwendbar ist und Vf. glaubt, daß in Abbazia die Monate des Herbstes, Winters und des Frühlings zu Trinkkuren benützt werden können; das verhältnismäßig milde Küstenklima Abbazias in der erwähnten Zahreszeit ermöglicht durch den längeren Aufenthalt des Kranken im Freien, die Wirkungen der Trinkkuren mit der Wirkung der Seeluft zu unterstützen. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 11, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Das Prinzip der Individualisierung in der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Von Dr. Reiner in Wien.

Bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation ist in Bezug auf Wahl der Stellung des Beines im Verbande, Dauer der Verbandbehandlung u. s. w. je nach dem Befund der Pfanne, des Kopfes und des Schenkelhalses streng zu individualisieren. Vf. rät z. B., bei den Fällen, bei denen der erste Verband in Hyperextension angelegt werden mußte, diesen nur vier Wochen lang liegen zu lassen und dann das Bein in Streckstellung einzugipsen, weil durch die zu lange innegehaltene Ueberstreckstellung dem Eintritt einer Subluxation nach vorn Vorschub geleistet würde.

Vf. „veranschlagt“ die Zahl der aus der Lorenz'schen Klinik mit anatomischer Heilung — also mit konzentrisch in die reaktivierte Pfanne eingestelltem Kopf! — entlassenen Fälle auf „mindestens 75%“, eine Zahl, die mit den Angaben anderer Autoren im Widerspruch steht und die Kritik herausfordert. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 52, 1904.)

Klar, Heidelberg.

Die Behandlung der Skoliose durch aktive und passive Ueberkorrektur. Von Dr. F. Lange.

Vf. beschreibt die wohl in allen ärztlich geleiteten orthopädischen Anstalten gebräuchlichen Methoden zur aktiven und passiven Ueberkorrektur der Skoliose und beschreibt dann die Technik der Aufnahme der Zeichnung der Skoliose für die Krankengeschichte mittels der Bühring'schen Glastafel, die auffallenderweise als „Zeichenapparat Lange“ unter der Figur 9 bezeichnet ist. Vf. betont weiterhin die Unmöglichkeit, totale Versteifungen von Wirbelsäulenabschnitten durch die Behandlung zu mobilisieren und die daraus sich ergebende Notwendigkeit, mit der Skoliosebehandlung so früh als möglich zu beginnen, ehe es zu Versteifungen gekommen ist. An der Hand einer Anzahl schematischer Zeichnungen zeigt Vf. dann die Besserungsmöglichkeit bei schon teilweise versteiften und die möglichen Heilergebnisse bei noch nicht versteiften Fällen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1905.)

Klar, Heidelberg.

Die Erfolge der Knochennaht bei Kniescheibenbrüchen. Von F. Trendelenburg in Leipzig.

Vf. ist ein eifriger Verfechter der Knochennaht bei Patellarbrüchen; er führte in Deutschland als erster diese Operation im Jahre 1878 aus, nachdem sie kurz vor ihm schon Lister und Hector Cameron in England vorgenommen hatten. Wenige Chirurgen hatten auch schon in der vorantiseptischen Zeit die Operation gewagt, Logan im Jahre 1864 sogar einmal mit glücklichem Erfolg. Die deutschen Chirurgen, mit Ausnahme des Vfs., haben sich meist der Naht der Patella enthalten, manche legen sie auch heute noch nur in seltenen Ausnahmsfällen an. Hoffa z. B. rät, die Operation nur bei veralteten, schlecht geheilten Fällen vorzunehmen. Vf. wandte seit dem Jahre 1878 die Knochennaht in jedem Fall von Kniescheibenbruch mit deutlicher Diastase der Bruchstücke an, ausgenommen bei alten Leuten, früher mit Silberdraht, jetzt mit gut ausgeglühtem Eisendraht. Vf. verfügt über 62 Fälle, die, mit verschwindenden Ausnahmen, günstigste Heilerfolge zeigen; ein einziger Fall von Gelenkeiterung kam bei einem Falle vor, bei dem schon

acht Tage nach der Operation, also zu früh, mit energischen passiven Bewegungen begonnen worden war. Die Knochennaht bei veralteter Fraktur nimmt Vf. nicht mehr vor, seitdem er im Jahre 1882 einen Mißerfolg erlebt hat. Vf. macht bei der Operation, die er 6—10 Tage nach der Verletzung vornimmt, einen nach oben konvexen bogenförmigen Hautschnitt, etwas oberhalb des oberen Kniescheibenrandes, so daß die Knochennaht später durch einen Hautlappen gedeckt ist. Nach Ablösung des Hautlappens werden die Blutgerinnsel aus dem Gelenk entfernt und etwa in der Bruchspalte liegende Periost- und Kapselteile weggenommen. Dann werden die Löcher für einen oder zwei Drähte eingebohrt, mit möglichster Schonung der Knorpelbedeckung der Hinterfläche. Ist ein Fragment zu klein oder zu sehr zersplittert, so wird der Draht um das Bruchstück herumgeführt, also z. B. bei dem unteren Fragment durch die Insertion des Ligamentum patellae hindurch. Nach dem Zuknoten des Drahtes werden einige Periost- und Kapselnähte mit Katgut angelegt, dann Hautnaht; das Gelenk wird nicht drainiert. Der Verband muß zunächst leicht komprimieren, Lagerung auf Volkmann-Schiene; am achten bis zehnten Tage wird der Verband lockerer angelegt, so daß der Patient schon geringe Bewegungen des Gelenkes ausführen kann, nach 2—3 Wochen steht der Patient vorsichtig auf und geht an einem Gehbänkchen umher.

Mit dieser Behandlungsmethode erzielte Vf. meist günstigste Endresultate. Ein Dachdecker z. B., der innerhalb $1^1/_2$ Jahren beide Kniescheiben brach, brauchte seinen Beruf nicht aufzugeben und ist nur beim Knien noch etwas behindert. Ein vor 5 Jahren Operierter macht Hochgebirgstouren ohne Beschwerden. Mit einer Ausnahme können alle Patienten das Knie bis zu einem spitzen Winkel, im Durchschnitt von 50°, aktiv beugen und mit voller Kraft strecken.

Bei Leuten, die nur auf ebener Erde zu gehen haben und nicht körperlich arbeiten, kann man sich der Operation enthalten und mit der ohne diese gewöhnlich eintretenden fibrösen Vereinigung der Bruchstücke begnügen, bei Arbeitern aber ist die Naht, nach Vfs. Meinung, wegen des besseren funktionellen Resultats immer vorzunehmen. Freilich wird ja leider gerade von diesen, wenn ein Betriebsunfall vorliegt, nur in den seltensten Fällen die Erlaubnis zur Operation gegeben. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 1, 1905.)

Klar, Heidelberg.

Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittels Stauung. Von A. Bum in Wien.

Vf. bespricht zunächst die Geschichte und die Physiologie der venösen Stauung nach Bier. Dann berichtet er über seine, die Erfolge Biers und anderer Autoren vollauf bestätigenden Erfahrungen. Indikationen für die Staubinde sind die Arthritis gonorrhoica, der akute Gichtanfall, der akute und der subakute Gelenkrheumatismus in erster Linie und in zweiter Linie die Versteifungen der Gelenke durch Syndesmose und die Gelenktuberkulose. Durch die venöse Stauung wird zunächst eine auffallende prompte Stillung des Schmerzes, der ja bekanntlich bei der Gelenkgonorrhöe und beim akuten Gichtanfall besonders heftig ist, erzielt, dann werden aktive und passive Bewegungen der erkrankten Gelenke sehr bald schmerzlos ermöglicht, und es wird eine schnelle Heilung des Entzündungsprozesses herbeigeführt. Die mit Recht so gefürchteten, nach Gelenkentzündungen auftretenden schweren Gelenkversteifungen werden bei der Stauungsbehandlung so gut wie gänzlich vermieden, und schon eingetretene Ankylosen, auch alte, werden durch „Staseotherapie" mindestens bedeutend gebessert. Fälle von Gelenktuberkulose sind nur mit Auswahl der Stauungsbehandlung zu unterziehen, offene Tuberkulose und Knochenprozesse bilden Kontraindikationen. Alle Extremitätengelenke, mit Ausnahme des Hüftgelenkes, können „gestaut" werden, das Schultergelenk bietet jedoch einige Schwierigkeiten. Bei gonorrhoischen Arthritiden läßt Vf. die Gummibinde 8—24 Stunden liegen, beim akuten Gichtanfall, beim akuten und subakuten Gelenkrheumatismus und bei schweren Versteifungen der Gelenke staut er 6—8

Stunden lang in 24 Stunden, bei leichteren Fällen von Gelenksteife und beim chronischen Gelenkrheumatismus legt er die Binde nur für 1—2 Stunden 1—2mal täglich an.

Die Technik ist sehr einfach: Oberhalb des zu behandelnden Gelenkes wird eine dünne, schmiegsame, 6—7 cm breite und 1—1·50 m lange Gummibinde in einander deckenden Gängen so angelegt, daß eine venöse Stauung erzeugt wird, ohne daß aber der Puls an der distalen Arterie unterdrückt wird. Um Dekubitus zu vermeiden, legt man bei Personen mit empfindlicher Haut zweckmäßig vor dem Anlegen der Gummibinde eine Lage einer dünnen Flanell- oder Cambric-Binde unter. Bei Stauung eines Mittel- oder proximalen Gelenkes (Ellbogen, Knie, Schulter) empfiehlt Vf., den distalen Gliedabschnitt mit einer dünnen Flanellbinde bis unterhalb des zu stauenden Gelenkes einzuwickeln.

Die B i e r'sche Stauungshyperämie — die ja von ihrem Autor neuerdings sogar bei der Behandlung akuter Eiterungen und akuter Osteomyelitis angewandt wird (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1905) — verdient wegen ihrer auffallenden Erfolge und ihrer Einfachheit bald Allgemeingut der Aerzte zu werden. — (Wien. med. Presse Nr. 3 u. 4, 1905.)

K l a r, Heidelberg.

Die Radikaloperation bei tuberkulösen Ileocökaltumoren. Von Dr. F r ö h l i c h.

Die Symptome der drei auf der chirurgischen Abteilung des Primarius S c h o p f beobachteten Fälle waren sehr ähnlich. Es handelte sich stets um einen sichtbaren und fühlbaren Tumor in der Cökalgegend, der zu anfallweise auftretenden Koliken Anlaß gab; Stuhl häufig diarrhöisch; starke Abmagerung. Die Differentialdiagnose gegenüber Karzinom konnte aus dem meist jugendlichen Alter und der gleichzeitig an anderen Organen vorhandenen tuberkulösen Erkrankungen gestellt werden.

In allen drei Fällen wurde die Resektion des erkrankten Darmes und der infizierten Lymphdrüsen ausgeführt. In zwei Fällen trat Heilung ein, im dritten Falle kam es zu einer Gangrän des Dünndarmes und konsekutiver Peritonitis. Bei sehr heruntergekommenen Patienten, die einen so schweren Eingriff, wie es die Resektion ist, nicht aushalten können, empfiehlt es sich, eine Darmausschaltung auszuführen. Es wurde einigemale beobachtet, daß nach Ableitung des Darminhaltes vom erkrankten Cökum der Tumor an Größe abnahm und fast vollständig verschwand. Trotzdem hält Vf. bei gutem Ernährungszustand die Radikaloperation für angezeigt, weil dadurch der Krankheitsherd aus dem Körper definitiv ausgeschieden und die Chancen der definitiven Heilung viel größere sind. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 50, 1904.)

E.

Therapie der Gelenktuberkulose. Von M o s e t i g - M o o r h o f.

Auf Grund seiner langjährigen Erfahrung tritt Vf. für die endgiltige Auflassung der sogenannten streng konservativen, richtiger gesagt, der operativ abstinenten Behandlung der Gelenktuberkulose ein. Die Therapie soll eine aktive, zugleich konservierende sein, und nur auf diese Weise wird es gelingen, Dauerheilungen zu erzielen.

Das wichtigste Prinzip ist die sorgfältige Exstirpation des gesamten tuberkulosen Gewebes aus dem Knochen und den Weichteilen; alles Tuberkulöse muß exstirpiert werden, als ob es sich um ein Neoplasma malignum handeln würde. Die Knochenherde sollen mit Meissel und Hammer ausgestemmt werden, nachdem der Gelenkknorpel mit einer dünnen Knochenschichte entfernt wurde. Durch dieses vorsichtige Austemmen der Herde aus dem Knochen gelingt es, den Epiphysenknorpel zu erhalten, was für das spätere Wachstum der Extremität von großem Nutzen ist. Das Schonen des Knochens hat aber auch bei Erwachsenen eine große Bedeutung, indem dadurch auch die künftige Gebrauchsfähigkeit der Extremität geschont wird.

Von besonderer Wichtigkeit erscheint es ferner für die sichere Heilung per primam, alle gesetzten Gewebsdefekte, namentlich die im Knochen durch Aus-

stemmen des tuberkulösen Herdes entstandenen, auszuschalten, indem man dieselben mit der von Mosetig angegebenen erstarrenden Jodoformplombe ausfüllt. Die Plombe bleibt als Lückenbüßer und wird langsam durch die die Höhle ausfüllenden Granulationen ersetzt. Dieser Vorgang wird mehrfach durch das Tierexperiment und mittels Röntgen-Photographie nachgewiesen. Nach längerer Zeit verschwindet die Plombe infolge von Resorption ganz.

Durch diesen Vorgang konnte auf der Abteilung Mosetig die Zahl der mutilierenden Operationen auf ein Minimum beschränkt werden. Die mit Resektion behandelten Fälle (371) verließen in relativ kurzer Zeit mit verheilten Wunden und gebrauchsfähigen Extremitäten das Spital. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 49, 1904.) E.

Augenheilkunde.

Ueber Jequiritoltherapie. Von Dr. Hummelsheim.

Vf. hat das Mittel bei 40 Fällen benützt. Für den Schleimhautprozeß erzielt die Jequiritolbehandlung des Trachoms keinen Erfolg; die Trachomkörner bleiben unbeeinflußt. Bei frischem Pannus sind die Resultate nicht sehr günstig, den positiven stehen ebensoviele negative gegenüber; bei altem Pannus des Trachoma cicatriceum leistet Jequiritol recht Gutes. Ueber die Erfolge resp. Nichterfolge beim Pannus eczematosus und der Keratitis eczematosa gibt Vf. keine endgiltige Meinung, da er die diesbezüglichen Versuche nicht lange genug fortgesetzt hat.

Aeltere und sehr alte Hornhautnarben verschiedenster Herkunft und verschiedenen Grades lassen sich durch Jequiritol häufig sehr gut aufhellen.

Von Wichtigkeit bei diesen Hornhautnarben ist sowohl die Lage der aufgehellten Partie zum Pupillargebiet wie der Grad einer etwaigen Aenderung der normalen Hornhautwölbung.

Nach Verätzungen oder Verbrennung der Hornhaut gibt die Jequiritoltherapie wechselnden Erfolg, ebenso bei alten Trübungen nach Keratitis parenchymatosa, ebenso bei frischer Keratitis parenchymatosa.

Von Komplikationen und Gefahren der Jequiritolbehandlung sind hervorzuheben: starke Schmerzhaftigkeit, durch Jequiritolserum zu lindern; leichtes Fieber, Schwellung der präaurikularen Drüse, eitrige Parotitis. Kleine Epithelerhebungen und Epithelabschürfungen, sowie kleine Hornhautinfiltrate. All das bildet sich spurlos zurück. Starke Infiltration der Konjunktiva kann Narben zurücklassen. Im Vordergrund der Komplikationen steht Blennorrhöe, resp. Abszedierung des Tränensackes. Vf. resumiert dahin, daß das Jequiritol nur dann in Anwendung kommen soll, wenn von einer weniger differenten Therapie nichts mehr zu erwarten ist, so speziell bei altem Pannus. — (Die Ophthalmolog. Klinik Nr. 15, 1904.)

Dr. Jänner.

Ueber Erblindungen nach Gebrauch des Extract. Fil. mar. bei der Anchylostomiasis der Bergleute. Von Stuelp.

Ein sonst gesunder, wurmbehafteter Bergmann erblindet unter schweren Vergiftungserscheinungen nach Gebrauch von 8·0 Extr. Fil. mar. und 0·3 Kalomel abends vorher.

Die zirka 12 Stunden nach Eintritt der Erblindung vorgenommene Augenspiegeluntersuchung ergab Mydriasis, Pupillenstarre, beiderseits mächtiges Oedem der Netzhaut, so daß Sehnerv und Makula nicht zu unterscheiden sind. Die Arterien sind nur streckenweise an einer fadendünnen, zerfallenen Blutsäule erkennbar, die Venen blutüberfüllt, stark geschlängelt. Nach einigen Tagen schwindet das Oedem der Netzhaut, im Fundus zahlreiche Blutungen, teilweise Obliteration der Arterien, Verschmälerung der Venen. Nach zirka drei Wochen komplette unheilbare Atrophia nervi optici mit weißer Sprenkelung der Netzhaut.

Vf. glaubt die Filixamaurose durch primär durch das Gift verursachte Zirkulationsstörungen und Gefäßveränderungen im Gebiete der Arteria centralis retinae in folgender Weise erklären zu können:

„Das ins Blut resorbierte Gift passiert die Arteria centralis retinae. Die gegen

den Giftstoff besonders empfindliche, an und für sich schon zarte und labile Muscularis der Netzhautgefäße wird zunächst darauf reagieren, und zwar vorderhand mit einem Reizzustand. Es wird Arterienkrampf auftreten, ein Zustand, der geeignet ist, die Funktion der anerkannt wenig widerstandsfähigen, aber für das periphere Sehen äußerst wichtigen Ganglienzellen der Netzhaut infolge von lokalem Sauerstoffmangel und Kohlensäureanhäufung aufzuheben (plötzliche Initialerblindung). Läßt in diesem Stadium die Giftwirkung nach, so erfolgt gänzliche oder teilweise Wiederherstellung der Funktion (vorübergehende Amaurose).

Durch Zirkulation der Giftwirkung erfolgt nun die Lähmung der Gefäßmuscularis; durch diese tritt Erweiterung der Blutgefäße mit Verlangsamung des Blutstromes und weiterer Stauung ein. Die Folge davon ist teils eine tiefergehende und anhaltende Ernährungsstörung, teils eine seröse Durchtränkung des nervösen Gewebes. (Ophthalmoskopisch sichtbare Trübung des Sehnervenkopfes und der Netzhaut.) Bei kurzer Dauer dieser Zirkulationsstörung kann auch jetzt noch die Funktion der Netzhaut teilweise wieder eintreten; bei längerem Bestande erfolgt dauernde Erblindung, zumal der Zustand des lokalen Sauerstoffmangels und der Kohlensäureanhäufung durch den allgemeinen Blutzustand verstärkt wird, wie er durch Verzögerung der Atmung und des Blutkreislaufes bei dem Vergiftungskollaps gegeben ist.

Wird die Verlangsamung des Blutstromes so stark, daß Thrombenbildung in der Arteria centralis retinae oder ihrer Aeste eintritt, so ist der definitive Untergang der nervösen Netzhautelemente durch Ernährungsstörung besiegelt. Die nachträgliche Folge ist die Atrophie der Sehnervenfasern, die sich in später sichtbarer weißer Verfärbung der Sehnervenscheibe kundgibt. Daß daneben eine direkte Giftwirkung auf die Nervensubstanz selbst vorhanden ist, ist nicht ausgeschlossen. Eine solche könnte, im Falle die Zirkulationsstörung kurz oder gering anhaltend ist, das durch diese an den nervösen Elementen begonnene Zerstörungswerk fortsetzen und beendigen und so zum Zustandekommen der dauernden Erblindung beitragen." — (Die Ophthalmolog. Klinik Nr. 15, 1904.)

Dr. Jänner.

Laryngologie und Rhinologie.

Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraumes. Von G. Lennhoff.

L. benützt bei erheblichen Blutungen aus Nase und Nasenrachenraum, sowie vor größeren operativen Eingriffen bei Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase den sogenannten Zugstreifentampon. Ein starker Seidenfaden ist an dem einen Ende eines Gazestreifens befestigt und durchbohrt von da aus alle Windungen des Streifens, der harmonikaartig zusammengelegt, sterilisiert und so verpackt ist, daß er bei allen mit ihm vorzunehmenden Manipulationen nicht mit den Händen berührt zu werden braucht. Aus dem kleinen Paket ragt an einem Ende der freie Seidenfaden hervor. Das Paket wird am anderen Ende, wo der Faden geknotet ist, geöffnet; dieses Ende wird mit einer Nasenpinzette bis in den Nasenrachenraum vorgeschoben. Dann zieht ein Assistent das freie Ende des Fadens etwas an und nun wird der ganze Streifen den Faden als Leitschiene entlang nach hinten gestopft. Man kann so auch in den Nasenrachenraum hinein tamponieren; denn ein Hineinfallen des Streifens in den Rachen ist unmöglich. Vorne wird dann der Faden um ein Stück Watte gewickelt und mit diesem am Naseneingang verankert. Zur Minderung des Kitzelns und Hustenreizes empfiehlt Vf. vorheriges Bepinseln der Nasenschleimhaut mit 10%iger Kokainlösung. (Siehe auch das folgende Referat.) — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7, 1905.) Weil.

Ueber Nasen- und Rachenblutungen. Von Dr. M. Weil.

Die Behandlung dieser Blutungen ist wegen der komplizierten anatomischen Verhältnisse und der mannigfachen Aetiologie eine sehr verschiedenartige

und oft außerordentlich schwierige. Man unterscheidet im allgemeinen spontane und traumatische Blutungen, von letzteren wieder solche nach Traumen im engeren Sinne und postoperative Blutungen. Die Beziehungen zwischen den Nasen- und Rachenblutungen und internen Erkrankungen sind von dreierlei Art; erstens werden sie sehr häufig durch letztere bedingt, zweitens können sie durch Blutungen aus inneren Organen vorgetäuscht werden und drittens können sie ihrerseits solche vortäuschen. Die Therapie ist deshalb auch nicht mit der Stillung der Blutung erschöpft; man muß vielmehr immer nach der letzten Ursache der Blutung forschen. Der Sitz der meisten Nasenblutungen ist die sogenannte Kiesselbach'sche Stelle an der Grenze zwischen knorpeligem und knöchernem Septum; meistens blutet es dort venös, selten arteriell.

Die Mittel zur Blutstillung teilt man herkömmlicherweise in mechanische, chemische und thermische ein. Vf. findet diese Einteilung nicht ausreichend und schlägt folgende vor:

- A. physikalische:
  - a) mechanische,
  - b) thermische;
- B. medikamentöse:
  - a) Adstringentia und Kaustika,
  - b) physiologische,
    - aa) lokal wirkende,
    - bb) entfernt wirkende.

In diesem Schema lassen sich alle Blutstillungsmittel unterbringen. Das Wasserstoffsuperoxyd scheint durch seine rapide Gasentwicklung, also mehr mechanisch zu wirken. Die Gelatine wirkt bei direkter Applikation entschieden sehr gut; ihre Wirkung bei innerer Darreichung oder subkutaner Injektion ist noch nicht vollkommen sichergestellt, dagegen sind schon zahlreiche Todesfälle an Tetanus nach Injektion ungenügend sterilisierter Gelatine bekannt.

Manche Nasenblutungen, z. B. bei hohem Blutdruck, Kopfschmerzen etc., wirken sehr wohltätig, oft nach Art eines Aderlasses, und sollen nicht gleich gestillt werden.

Die qualvolle Bellocq'sche Tamponade wird von den Rhinologen kaum mehr angewendet; sie ist durch die Etagentamponade von vorne her vollständig zu ersetzen. Vf. bedient sich mit bestem Erfolge einer Modifikation, die er Knopf- oder Knotentamponade nennt. In einen Gazestreifen von 80—120 cm Länge macht man mehrere Knoten und schiebt diese einzeln nach hinten bis an die Choane, welche man solcherart vollständig verschließen kann; die dazwischen hängenden Schlingen des Streifens werden dann in die Nase gestopft. Man verwende Dermatol- oder Vioformgaze; letztere bleibt mehrere Tage lang geruchlos.

Von den Aetzmitteln ist die Trichloressigsäure allen anderen weitaus vorzuziehen.

Bei Nachblutungen nach der Tonsillotomie läßt Vf. ein mit einem tannin- oder alaungetränkten Wattebausch armiertes Holzstück gegen die blutende Stelle drücken und durch Zusammenbeißen mit den Zähnen, wenn nötig stundenlang, festhalten. Manchmal ist man zur Vernähung der Gaumenbögen gezwungen; das ist ein äußerst schwieriger Eingriff. — (Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 50—52, 1904.) Weil.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber die natürliche Verwendung der Nachgeburtsteile. Von L. Bouchacourt.

Vf. hat es sich zum Vorwurf genommen, die Wirkung der Einverleibung von menschlichen und tierischen Nachgeburtsteilen in den Organismus kennen zu lernen. Er geht dabei von der bekannten Tatsache aus, daß sowohl viele Tierarten als auch einige wilde Völkerstämme unmittelbar nach dem Gebärakt Nachgeburtsteile auffressen. Diese Eigentümlichkeit wird als „Plazentophagie" bezeichnet. Von weiterem historischen Interesse dürfte es sein, daß Nachgeburtsteile schon in frühen Zeiten medikamentös als Aphrodisiakum gegen Sterilität, Epilepsie, Brechdurchfall der Säuglinge, Chlorose, Dystokie, Metritis in Anwendung gezogen wurden. Vf. stellte die Ver-

suche an sich selbst, an nulliparen Wöchnerinnen, bezw. stillenden in der Art an, daß er Plazenta in Tabletten oder gepulvert oder als eine Art Fleischsaft verabreichte. Er konnte einerseits eine laxierende Wirkung, anderseits eine Vermehrung der Milchsekretion konstatieren. (Er nennt die therapeutische Verwendung von Nachgeburtsteilen Opothérapie placentaire und empfiehlt dieselbe zur Steigerung der Milchsekretion. — (L'obstétrique, 7. Jahrg., H. 1 u. 2, 1903.)

Königstein.

Ueber die Kokaininjektion ins Rückenmark als wehenerregendes Mittel. Von J. Audebert.

Zwei französische Autoren, Doléris und Malartic, publizierten die Resultate einer Versuchsreihe, bei welcher es ihnen gelungen sein sollte, durch Kokainisierung des Rückenmarkes Wehen zu erregen. Vf. hat nun diese Angabe einer Nachprüfung unterzogen und zu diesem Behufe die Kokainisierung des Rückenmarks von trächtigen Kaninchen, Ziegen, Schafen, Hündinnen und Katzen, sowie auch von einer Graviden vorgenommen. Sämtliche Versuche ergaben ein negatives Resultat und kam Vf. zu folgenden Schlüssen: 1. Die Kokainisierung des Rückenmarks scheint keine Wirkung auf die Wehentätigkeit der Gebärmutter auszuüben und ist sicher kein Mittel zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. 2. Der normale Verlauf der Schwangerschaft scheint nicht gestört zu werden und braucht die Gravidität auch keine Kontraindikation für die chirurgische Kokainanästhesie des Rückenmarks abzugeben. — (L'obstétrique, 7. Jahrg., H. 1 u. 2, 1903.) Königstein.

Urologie.

Ueber den therapeutischen Ureter-Katheterismus. Von Dr. G. v. Illyés.

Vf. berichtet über sieben Fälle aus der Klinik Prof. Dollinger in Budapest, in welchem zu therapeutischen Zwecken der Ureter-Katheterismus in Anwendung kam.

1. Nach der Operation einer Wanderniere entwickelten sich in dieser ein paar Nierensteine, welche zur renalen Eiterretention führten; Drainage des Nierenbeckens durch einen Ureterkatheter beseitigte die Retention temporär. Eine Radiographie zeigte den mit Bleimandarin armierten Ureterkatheter und darüber mehrere Nierensteine. Nephrotomie, Heilung.

2. In einem Falle von eiteriger Pyelonephritis mit renaler Harnstagnation, welche mit Schüttelfrösten und hohem Fieber verlief, befreite der als Verweilkatheter liegende Ureterkatheter den Kranken dauernd von seinem septischen Zustand.

Auch im dritten Falle bestand renale Eiterretention infolge tuberkulöser Pyelitis, die dank dem Katheterismus des Ureters behoben wurde.

Im vierten Falle beseitigte der eingeführte Katheter die Stagnation großer Eitermengen im Nierenbecken einer Steinniere.

Im fünften Falle — einer durch Lithiasis bedingten Pyonephrose mit Verengerung des Ureters — mißlang die Absicht und der Versuch, durch wiederholte Einführung von Uretersonden den Harnleiter wieder wegsam zu machen.

Im sechsten Falle einer aszendierenden Pyonephrose, bei welcher Nephrostomie gemacht wurde, gelang es, die Nierenfistel dadurch zur Heilung zu bringen, daß man durch den Ureterkatheter den Harnleiter weit dilatierte und den Harnabfluß wiederherstellte.

Der siebente Fall — eine beiderseitige aszendierende Ureteropyelitis bei Ectopia vesicae — wurde mit methodischen Spülungen des Nierenbeckens zuerst mit destilliertem Wasser, später mit Lapislösungen (bis zu 2%) behandelt. Der vordem eiterige Harn wurde wieder vollkommen klar. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 76, H. 1, 1905.)

V. Blum.

Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs; Urotropin und dessen Ersatzmittel. Von C. Posner.

Die interne Therapie der Zystitis ist nicht nur das einfachere, überall durch-

zuführende Verfahren, sie ist auch in vielen Fällen, z. B. bei der gonorrhoischen Zystitis, der lokalen Behandlung vielfach vorzuziehen. Sie besteht in allgemeinen hygienisch-diätetischen Maßnahmen, in der Darreichung von Mineralwässern (jedoch erfordert diese letztere Medikation eine ganz bestimmte Indikationsstellung) und den inneren Harndesinfizientien, vor allem Urotropin, welches als antibakterielle Komponente Formalin im Organismus abspaltet. Seit dem Jahre 1895 wurde dieses Mittel unendlich oft und mit dem besten Erfolge angewendet bei Zystitis der Kinder, bei Zystitis der an den Katheter gebundenen Prostatiker, zur Verhütung der Harninfektion, zur Verhütung lokaler Entzündungsprozesse beim Durchtritt von Typhusbazillen durch den Harntrakt, zur Verhütung der Scharlachnephritis. In all diesen Fällen hat sich das Urotropin als besonders wirksames Heilmittel bewährt. Versagt hat es in Fällen von gonorrhoischen und tuberkulösen Blasenentzündungen, während seine außerordentliche Wirksamkeit bei Infektionen mit Kolibazillen, Staphylokokken und anderen Eitererregern unbestritten ist. Andere Medikamente in der Zystitisbehandlung — Salizyl, Salol, Borsäure und die Balsamika — treten immer mehr in den Hintergrund. Die vielfach gepriesenen Ersatzmittel des Urotropins, das Helmitol, das Neu-Urotropin, das Hetralin und Griserin, haben sich bei genauer Prüfung nicht nur nicht wirksamer erwiesen, es hat sich sogar herausgestellt, daß in dem Maße, als diese Mittel — zum größten Teile Kombinationen von Urotropin mit anderen Mitteln — an Urotropin ärmer sind, ihre Wirkung gegen die des Urotropins zurückbleibt. Einzelne Autoren, z. B. Goldberg, berichten sogar über häufige schädliche Nebenwirkungen, z. B. des Helmitols.

Posner empfiehlt als objektive Handhabe zur Beurteilung der Resultate eines Harndesinfektionsmittels die Transparenzbestimmung, welche gleichfalls das Ueberwiegen des Urotropins erweist. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1905.) V. Blum.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber die Beziehungen der tertiären Lues zur Tabes dorsalis und Paralysis progressiva.

Von J. Guszmann und C. Hudovernig.

Die vorliegende Untersuchung ist gewiß eine der interessantesten, welche in dieser Beziehung existieren; sie entspringt der Initiative Guszmanns, der glaubte, wesentlich zur Entscheidung der Tabesätiologie beizutragen, „wenn bloß jener geringere Teil der Syphilitiker in Betracht gezogen würde, welche das sekundäre Stadium bereits überschritten haben, wegen der tertiären Symptome jedoch noch unter ständiger Kontrolle stehen“. Die Untersuchungen bleiben interessant, selbst wenn man gar nicht geneigt ist, anzunehmen, daß auf diese Weise tatsächlich irgend eine Klärung der Verhältnisse erfolgt.

Die Autoren fahnden also bei Syphilitikern nach Symptomen der Tabes oder Paralyse, nehmen dazu aber bloß Fälle von tertiärer Lues und auch hier wiederum durchwegs solche, bei denen die Infektion mindestens drei Jahre zurückliegt. Im ganzen wurden 50 Kranke untersucht, ihr Alter schwankt zwischen 24—64 Jahren; bloß bei sechs der Kranken fand die Infektion vor 3—5 Jahren statt, alle anderen Fälle sind älter. Unter diesen 50 Fällen tertiärer Lues finden sich 22, d. i. 44%, in Bezug auf das Nervensystem vollständig gesund, 5 Fälle (10%) fallen aus, 4 derselben boten wohl die subjektiven Klagen der Tabiker, objektiv jedoch kein sicheres Symptom, einer bot das Bild einer kombinierten Systemerkrankung (?). Auf Tabes entfallen 24%, auf progressive Paralyse 14%, auf Taboparalyse 8%. Das sind ganz enorme Prozentsätze, bei Vereinfachung dieses Befundes müßte man sagen, nahezu die Hälfte aller tertiären Luesfälle nach dem dritten Jahre hat Tabes oder progressive Paralyse.

Wegen der Wichtigkeit, welche von vielen Seiten der Heredität zugesprochen wird, haben die Autoren ihre Fälle auch in dieser Richtung untersucht; dort, wo genaue Auskünfte zu haben waren — es sind dies bloß 28 von den 50 Fällen — waren 11 erblich belastet, 17 nicht; es zeigte sich, daß von den nachweislich Belasteten bei gleichzeitiger tertiärer Lues 64% an Tabes oder progressiver Paralyse erkrankten.

Bei der genauen Durchforschung des Materials ergaben sich noch nebenbei einige Tabellen, die nicht uninteressant sind, von den Autoren aber wohlweislich zu keinerlei Schlußfolgerungen herangezogen werden, so ist dies der Einfluß der vorausgegangenen Behandlung auf die tertiäre Syphilis überhaupt, sowie auf die in Rede stehenden sogenannten postluetischen Erkrankungen im speziellen. Nach dem früher geschilderten Ergebnis der Erkrankungen des Nervensystems bei tertiär Luetischen erscheint den Autoren der enge Zusammenhang der genannten Erkrankungen des Zentralnervensystems mit der Syphilis als gewiß und unbezweifelbar; sicherlich aber fällt auch der hereditären Belastung eine ganz bedeutende Rolle zu. — (Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XL, H. 1.) D.

Ueber die Resorption von Jod aus Jodkalisalben. Von Hirschfeld und Pollio.

Die in der Festschrift „Kaposi" von Lion publizierten Untersuchungen über die Resorption des Jodkali in verschiedenen Salbengrundlagen finden durch die vorliegenden Ausführungen ihre Ergänzung. Aus der Arbeit Lions war hervorgegangen, daß Jodkalium aus größeren Salbenmengen (50—100·0 g 10%iger Salbe) von der makroskopisch intakten Haut resorbiert werde, und zwar dann, wenn die Salbengrundlage Vaselin, Adeps suillus oder Vasogen war; dagegen fehlte die Resorption bei Lanolin, Adeps lanae und Resorbin. Da weder die Salben selbst, noch auch die Verbandstücke je Jodreaktion gaben, so hatte Lion die Folgerung gezogen, das Jodkali werde als solches und nicht etwa als freiwerdendes Jod resorbiert.

Die Fortsetzung dieser Arbeit durch die Autoren war hauptsächlich der Aufklärung jenes eben skizzierten eigentümlichen Verhaltens der Resorptionsmöglichkeit je nach der verschiedenen Salbengrundlage gewidmet; doch können auch sie dafür keinen Grund namhaft machen. Wohl aber sind sie in der Lage, einzelne Angaben Lions richtigzustellen. Vor allem schalteten sie bald Adeps suillus aus ihren Versuchen aus, weil sich immer wieder zeigte, daß aus der Jodkali-Schweinefettsalbe Jod frei werde. Weiters konnten sie auch mit Lanolin als Salbengrundlage Resorption erzielen, wenn sie demselben Oleum olivarum oder Vaselin zusetzten. Auch die Annahme, daß die Resorption im wesentlichen durch die große Quantität der Salbe bedingt sei, konnten die Autoren im Laufe ihrer Untersuchungen nicht bestätigen; ja es zeigte sich, daß die gleiche Menge Jodkali, in einer größeren Quantität Salbengrundlage angewendet (50 g einer 1%igen Salbe), nicht zur Resorption kam, während 5·0 g Salbe (die 10%, also auch $^1/_2$ g Jodkali enthalten) ein positives Resultat ergaben.

Fügt man der Salbe Natr.-Thiosulfat zu, so wird die Resorption bei geringer Menge nicht beeinflußt, bei größerer Menge verzögert, sicherlich aber nie vollständig verhindert. Während Lion hieraus gefolgert hatte, daß das Jodkali nur als solches und nicht als Jod zur Resorption komme, gelangen die Autoren zu dem entgegengesetzten Schluß und werden darin auch durch den in dieser Richtung positiven Versuch mit Jodlithion (das gleichfalls nur als Jod und nicht als Jodlithion resorbiert wird) bestärkt. Daß das freiwerdende Jod weder in der Haut, noch in den Verbandstücken oder in der Salbe nachzuweisen ist, diese Frage harrt ebenso noch der Antwort, als jene andere, warum die eine Salbengrundlage die Resorption gestatte, die andere nicht. Professor A. Heffter verweist in ersterer Beziehung in seinen Bemerkungen zur

vorstehenden Abhandlung speziell darauf hin, daß die Anwesenheit von Eiweißkörpern, die ja ein starkes Bindungsvermögen für Jod besitzen, das Auftreten der Jodstärkereaktion verhindere, und meint, daß das freigewordene Jod bei seiner ausgesprochenen Affinität zu den eiweißartigen Bestandteilen der Zellen von diesen sofort aufgenommen werde. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 72, H. 2.) D.

Dermatologie.

Beiträge zur Phototherapie.

In der Lehre der photodynamischen Heilbehelfe haben wir einen eigenartigen Entwicklungsgang zu verfolgen, der zur normalen Evolution anderer Disziplinen im merklichen Gegensatze steht. Hier hat sich zunächst das gesamte Streben auf die Ermittlung der Heileffekte konzentriert und erst allmählich beginnt sich die Aufmerksamkeit auch den physiologischen Problemen und den anatomischen Wirkungsäußerungen der verschiedenen Strahlungsmethoden zuzuwenden.

In dieser Hinsicht sind die Untersuchungen M. Seldins (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgen-Strahlen, VII, 1904) besonders bemerkenswert, der die tötende Wirkung des Röntgen- und Radiumlichtes auf kleine Säuger (Mäuse) verfolgen konnte. Größere Tiere (Meerschweinchen) wurden von mäßigen Bestrahlungen kaum im Allgemeinbefinden beeinträchtigt. Die zuerst von Albers-Schönberg (1903) festgestellte Tatsache, daß die Hoden von Tieren unter Radium- und Röntgen-Licht atrophieren, hat S. zu bestätigen vermocht. Es kommt hiebei insbesondere zu degenerativen Veränderungen des spezifischen Kanälchenepithels, als deren Folge Nekrospermie und Azoospermie in Erscheinung tritt. Die größte Reaktivität bekundet nach der Richtung das Radium. Letzteres erzeugt bei einer Bestrahlung von etwa 100 Minuten bereits nach 20 Tagen das Absterben des Samens. Im Einklange stehen hiemit auch die Versuche Buses, der mit Röntgen-Strahlen ähnliche Ergebnisse erzielte.

Die zum Zwecke der gesteigerten Lichtwirkung unternommenen Sensibilisierungsversuche bleiben in ihren praktischen Erfolgen weit hinter den theoretischen Voraussetzungen zurück und es fehlt heute nicht an Stimmen, die diesen Versuchen einen jeden Effekt absprechen. So erhielt Forchhammer, wohl ein berufener Experimentator, in Finsens Lichtinstitut mit Erythrosineinspritzungen vollständig negative Resultate und warnt vor einer weiteren klinischen Anwendung der Methode, die dem Ausübenden nur Enttäuschung und dem Patienten nur viele Schmerzen bereitet. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38, 1904.) Nicht günstiger lauten die Berichte aus der Klinik Neissers. Bei der Beobachtung von B. Rothe (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38, 1904), der Eosininjektionen in der Konzentration von 1:100 bis 1:1000 verwendet und hiemit eine Verstärkung in der Wirkung der Röntgen-Strahlen erzielt, dürfte dem subjektiven Ermessen der weiteste Spielraum zufallen.

Unter den verwendeten Strahlengattungen möchte Strebel den Kathodenstrahlen ein weitläufigeres Wirkungsfeld einräumen, als es bisher der Fall war. Zu diesem Zwecke verwendet er die durch ein Senar d'sches Aluminiumfenster aus dem Vakuum herausgetretenen äußeren Strahlen, welche Metalle durchdringen, Ozon erzeugen, elektrische Flächen entladen, durch Magnete abgelenkt werden, phosphoreszieren und im freien Raume Röntgen-Strahlen erzeugen und die Luft ionisieren. Durch Einwirkung auf die Haut des eigenen Vorderarmes wurde eine Dermatitis hervorgerufen. Einige Fälle von Lupus und Epitheliom wurden günstig beeinflußt. Besonders geeignet soll die Gattung für die Photokaustik und Glimmlichtbehandlung der Blennorrhöe sein.

In der Therapie beginnt endlich doch auch ein besonneneres Handeln Platz zu greifen, indem die kritiklose Heranziehung der Belichtungsmethoden gegen alles, was sich von krankhaften Veränderungen an der Oberfläche der Haut abspielt, von den Radiologen selbst aufs energischeste bekämpft wird und nur

mehr die Bestrahler aus der Kategorie der Gewerbetreibenden die Diskreditierung der Methoden in eigener Regie führen. Als das modernste Indikationsgebiet der X- und Radiumstrahlen ist zweifellos das Epitheliom zu betrachten. Biscerié will in zwei Fällen epitheliale Zungentumoren nach 3—4 Bestrahlungen vollständig verschwinden gesehen haben, desgleichen die für den Krebs in pathogenetischer Hinsicht wichtige Leukoplacia bucalis (G. d. Hop. Nr. 74, 1904). Den Heilungsprozeß möchte B. der angeregten Phagozytose zuschreiben. Béclère ist eher geneigt, den Effekt der Röntgen-Strahlen in einer spezifischen Wirkung auf das epitheliomatöse Gewebe gipfeln zu lassen, wozu ihm neuerdings der Fall eines 70-jährigen Patienten die Handhabe bietet, bei welchem ein kriechendes Schläfenepitheliom unter den X-Strahlen zu narbiger Rückbildung kam. (J. d. m. cut. et syph., Juli 1904.) In welchen Momenten eigentlich dieser spezifische Einfluß gegeben ist, wissen die Radiotherapeuten meist selbst nicht zu präzisieren. Sicher ist es, daß bei intensiver Strahlenwirkung zunächst die Zellenkomplexe epithelialer Natur der Zerstörung anheimfallen, aber auch das Zwischengewebe und die tieferen kutanen Texturen pflegen hiebei keineswegs verschont zu bleiben. Demnach kann von einer elektiven Wirkung nicht die Rede sein und auch nicht von einer spezifischen, indem sowohl die Röntgen- als auch Radiumemanationen die gleichen Aeußerungen auch in Neubildungen bindegewebiger Natur und mit der gleichen Unsicherheit bezüglich des Dauererfolges hervorbringen.

Lerèdde möchte bei dem Heilungsvorgang auf die gleichzeitige Exsudation im Bestrahlungsgebiet den Schwerpunkt legen. In 15 Fällen von Hautepitheliomen nahm er weiche Röhren, deren Strahlen nicht in die Tiefe dringen; die Sitzungen fanden in zweitägigen Intervallen statt und dauerten 20—25 Minuten; Röhrenabstand 2 cm. Nach durchschnittlich 3—4 Sitzungen trat Abheilung ein. Sehr trockene, harte, an verhornten Massen reiche Formen brachten häufig Mißerfolge. Auch diesmal verläßt den Vf. nicht die Unsicherheit, ob das Verfahren zur Eliminierung alles Krankhaften wirklich ausreichend ist. Wie wir dies bei einer früheren Gelegenheit hervorgehoben haben (diese Zeitschrift Nr. 1, 1905, pag. 23), erblickt Lerèdde immer noch in Messer, Kurette, Thermokauter und anderen chirurgischen Rüstzeugen die sicherste Deckung beim Manövrieren mit dem überschätzten Geschütz der Röntgen-Strahlen. (G. d. hop. Nr. 38, 1904.) Also sozusagen mit den X-Strahlen „aufklären" und dann mit dem Messer das Terrain vom Feinde säubern. N.

Pharmakologie und Toxikologie.

Ueber die hypnotisch wirksamen Bestandteile unserer Schlafmittel. Von Simon Gärtner.

Die Erörterungen über die Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und therapeutischer Wirkung der Hypnotika haben zur Aufstellung zweier Hypothesen geführt. Die eine davon lautet folgendermaßen: „In unseren Schlafmitteln sind die an das C-Atom geketteten Chlor- oder Bromatome oder die an das C-Atom gebundenen Aethyl- bezw. Propylgruppen die Träger des hypnotischen Effekts." Dieser allgemein anerkannten Hypothese stellt Fuchs-Biebrich („Ueber eine Gruppe therapeutisch wirksamer Säureamide") noch folgende Ergänzung an die Seite: „Für die Auslösung des gesamten physiologischen Vorganges indessen ist noch ein weiterer Faktor nötig, und als diesen spreche ich die Hydroxylgruppe an. Dieser fällt die Aufgabe zu, die Affinität, d. i. die chemisch-physikalische Verwandtschaft des Stoffes in den Geweben, im vorliegenden Falle zu dem Großhirnrindengewebe, zu vermitteln."

Gärtner weist nun nach, daß diese zweite Hypothese nur bedingt richtig ist, indem man nämlich die Eigenschaften des Chloralhydrats durch Substitution eines Hydroxyls gegen gewisse Verbindungen völlig vernichten kann, während



sie bei anderen, ganz analogen Substitutionen intakt erhalten bleiben. So sind z. B. Chloralhydrat, Chloralformamid und Chloralurethan Schlafmittel, die analog komponierten Monochloralharnstoff, Dichloralharnstoff und Chloralazetamid keine Hypnotika. Hieraus geht hervor, daß außer den in obigen Hypothesen bezeichneten Forderungen noch weitere Faktoren in unseren Schlafmitteln eine entscheidende Rolle spielen, die bisher keine Berücksichtigung gefunden haben. Einen ersichtlichen Grund für die Verschiedenartigkeit der Wirkung aber ist auch Vf. nicht imstande, anzugeben. — (Chem.-Ztg. Nr. 102, p. 1231, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Der forensisch-chemische Nachweis von Giften in den Rückständen verbrannter Leichen. Von C. Mai und H. Hurt. (Mitteilung aus dem Laboratorium für angewandte Chemie der kgl. Universität München.)

Mit Rücksicht auf eventuelle Untersuchungen von Aschen feuerbestatteter Leichen wurden von den Vf. obiger Arbeit Untersuchungen angestellt. Die Verbrennung geschah in einem Kadaverkrematorium, zur Untersuchung dienten Hunde und Kaninchen. Die höchste Temperatur im Ofen bei voller Feuerung wurde mit dem Pyrometer nach Le Chatelier auf 1120° bestimmt. Die Temperatur in dem nach System Klingenstjerna mit Koksfeuerung betriebenen Krematorium in Jena beträgt zirka 1000°, im Krematorium in Gotha mit Gasregenerativheizung 750°. Die Einrichtung war derart getroffen, daß arsenhaltige Gase aus den Kohlen oder den verwandten Eisenplatten nicht zu Trugschlüssen veranlassen konnten. Da der Nachweis von Phosphor, Alkaloiden etc. in Leichenaschen von vornherein aussichtslos ist, wurde nur der Nachweis von Arsen, Quecksilber und Zyanwasserstoff versucht. Sonst hauptsächlich noch in Betracht kommende Schwermetalle, wie Blei, Kupfer u. s. w. müssen natürlich ihrer Nichtflüchtigkeit wegen stets leicht in den Aschen gefunden werden.

In den Aschen mehrerer Arsen-Kadaver ließ sich das Arsen leicht nachweisen. Daß dasselbe nicht etwa aus den Röstgasen stammte, konnte an Kontrollversuchen ermittelt werden. Das Arsen fand sich fast ausschließlich in den Knochenaschen, während in den Weichteilrückständen kein Arsen, oder doch höchstens Spuren davon zu erkennen waren. Das Arsen scheint also auch bei akut verlaufenden Vergiftungen sehr rasch in die Knochen zu wandern und dort in eine Form oder Bindung überzugehen, die sich ganz oder teilweise der Verflüchtigung bei hohen Temperaturen entzieht, während der in den Weichteilen verbleibende Teil der Reduktion und Verflüchtigung anheimfällt. Für die Praxis ergibt sich hieraus der Schluß, daß der forensisch-chemische Nachweis von Arsen in den Rückständen verbrannter Leichen möglich ist, und daß hiefür hauptsächlich die Asche der Knochen in Betracht kommt. So leicht der qualitative Nachweis des Arsens aus der Asche gelingt, die quantitative Bestimmung desselben macht erhebliche Schwierigkeiten.

Für die Versuche mit Zyanwasserstoff ist festgestellt worden, daß einerseits Zyanverbindungen bei der Verbrennung von Leichen nicht entstehen, und daß anderseits der Nachweis von Zyanverbindungen in der Asche von Körpern, die mit Kaliumzyanid oder Blausäure vergiftet waren, nicht mehr möglich ist.

Ebenso ist der Nachweis von Quecksilber in den Verbrennungsrückständen damit vergifteter Körper nicht möglich. — (Zeitschr. f. angew. Chemie, Nr. 43, S. 1601 ff., 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

II. Diagnostik.

a) Herz und Blutgefäße.

Thrombophlebitis gonorrhoica. Von Voß.

Das, was sonst in der Literatur unter diesem Namen mitgeteilt ist und was der Autor hier bietet, ist keineswegs identisch; die in der Literatur unter dieser Bezeichnung berichteten Fälle stellen fast ausschließlich Metastasen des Gonokokkus dar, wie dies der Autor auch selbst hervorhebt, seinen eigenen Fall aber faßt er nicht so auf. Dieser Fall liegt möglichst einfach. Bei einem Kranken mit akuter Gonorrhöe zeigt sich in der fünften Krankheitswoche am Dorsum penis eine strangförmige, harte Infiltration, nahe der Peniswurzel, die völlig das Bild einer Lymphangitis bot und von Voß auch dafür angesehen wurde. Da es der Wunsch des Kranken war, die harte Geschwulst beseitigt zu sehen, so wurde der Strang exzidiert. Nun aber traten nach der Operation in den ersten Tagen wiederholt sehr beträchtliche Blutungen aus der kleinen Wunde auf, es kam zu ausgedehnten, subkutanen Hämatomen, starkem Oedem des Skrotum und Präputium und zu kaum zu bekämpfenden Erektionen. Schon dieses eigentümliche Verhalten nach der Operation, dann aber auch die histologische Untersuchung zeigte, daß es sich nicht um Lymphangitis, sondern um Phlebitis handle, und zwar wies der Strang ein ganzes Bündel von Gefäßen auf, die in dicht kleinzellig infiltriertem Bindegewebe eingelagert waren; in dem am stärksten infiltrierten Anteile finden sich drei Venen, welche nicht nur ins Infiltrat eingemauert sind, sondern wo das Infiltrat unter teilweiser Zerstörung der Gefäßwandungen diese durchdringt und mit den mehr oder weniger losen Thromben in Verbindung steht. Gonokokken konnten nicht nachgewiesen werden.

Es handelt sich hier sicherlich nicht um Metastasen, sondern um eine Fortsetzung der Entzündung entlang den Wegen der Lymphbahnen bis an die Gefäßwände. Was der Autor besonders betonen möchte, ist der Umstand, ob nicht der größere Teil der in der Regel als Lymphangitiden gedeuteten derartigen beim Tripper konstatierten, strangförmigen Infiltrationen Thrombophlebitiden und nicht Lymphangitiden wären. Dabei ist ihm ganz wohl bekannt, daß Ehrmann an seinen Injektionspräparaten des Präputiums zu ganz anderen Resultaten kam. — (Dermatol. Zeitschr., Bd. 12, H. 2.) D.

Ein Fall von intermittierendem Hinken (Claudicatio intermittente Charcot). Von Gustav Vierling. (Aus der med. Universitätspoliklinik zu Jena; Prof. Matthes.) Inaug.-Diss. Gena.

Vf. kommt zu folgenden Ergebnissen: Das Bild des intermittierenden Hinkens ist nicht in allen Fällen das gleiche: bald sind die sensiblen Störungen, bald Schmerz und Krampf mehr ausgesprochen; nicht immer ist ferner der ganze Symptomenkomplex in gleicher Vollständigkeit entwickelt, die einzelnen Bestandteile desselben können in verschiedener Reihenfolge und Kombination, in wechselnder Intensität auftreten, sie können sich mehr oder weniger rasch zusammenfinden, mehr oder weniger hohe Grade erreichen. Das intermittierende Hinken kann plötzlich auftreten, ohne vorher irgend welche Störungen verursacht zu haben, vielleicht ausgelöst durch Erkältungserscheinungen oder nervöse Ueberanstrengung. Nicht in allen Fällen von intermittierendem Hinken sind palpatorisch oder durch Röntgen-Aufnahmen Veränderungen an den Fußarterien nachweisbar. Stehende Beschäftigung scheint den Patienten größere Beschwerden zu verursachen als gewöhnliches Gehen. Auf das Zustandekommen des intermittierenden Hinkens scheint die Syphilis nicht ohne Einfluß zu sein. Die Erscheinungen des intermittierenden Hinkens sind zurückzuführen auf eine mangelhafte Blutversorgung in den unteren Extremitäten. Diese ist nicht allein durch Arteriosklerose bedingt, also nicht durch eine dauernde Verengerung der Gefäßlumina, vielmehr ist

anzunehmen, daß dem funktionellen Moment, der wechselnden physiologischen Funktion der Gefäßwandungen, ein ganz hervorragender Anteil an dem Zustandekommen des intermittierenden Hinkens zuzuschreiben ist. Es ist nicht ausgeschlossen, daß das intermittierende Hinken selbst eine funktionelle Neurose, respektive ein Symptom derselben ist oder eine vasomotorische Neurose dieses Charakters. (Oppenheim.) F. L.

b) Nase.

Akzidentelle Vakzination der Nasenschleimhaut. Von Dr. Lublinski.

Eine 26jährige Frau, deren Kind mit Erfolg geimpft worden war, hatte nach 14 Tagen eine stark geschwollene Nase und Oberlippe mit Schwellung der rechtsseitigen Submaxillardrüsen ohne Fieber. Am Septum rechts finden sich an der Kiesselbach'schen Stelle zwei übereinanderliegende, etwa linsengroße Pusteln mit gelber Delle und Entzündungshof. Die Frau hatte seit vielen Wochen an häufigem Nasenbluten gelitten und sich daher oft die Nase mit ihrem Taschentuche ausgetupft. Einmal hatte sie des Nachts die reichlich sezernierenden Impfpusteln ihres Kindes, welches sie wegen seiner Unruhe viel herumtragen mußte, mit dem Taschentuche abgetrocknet und so nachher die erodierten Stellen der Septumschleimhaut infiziert. Nach 14 Tagen war Heilung erfolgt. Es empfiehlt sich, Personen die mit frisch geimpften Kindern zu tun haben, die größtmögliche Vorsicht und peinlichste Sauberkeit auch anderen Kindern gegenüber anzuempfehlen. — (Münch. klin. Wochenschr. Nr. 52, 1904.) Weil.

c) Kehlkopf.

Lähmung der Glottiserweiterer im frühen Kindesalter. Von Dr. Alfred Hüssy.

Aus physiologischen Betrachtungen bei Berücksichtigung der Raumverhältnisse des kindlichen Kehlkopfes deduziert Vf. folgende Symptome für das Krankheitsbild: mehr oder weniger rasch zunehmende, rein inspiratorische Dyspnoe mit stridulösem, keuchendem Atemgeräusch, das umso lauter ist, je stärker die Stenose sich ausgebildet hat. Mißverhältnis zwischen der Dauer der Inspiration und der der Exspiration in dem Sinne, daß die Inspiration infolge des Hindernisses für den Luftdurchtritt eine wesentlich längere Zeit als in der Norm beansprucht, trotzdem alle inspiratorischen Hilfsmuskeln in Tätigkeit gesetzt werden; relativ leicht und rasch erfolgende Exspiration ohne Stenosengeräusch und endlich bei unkomplizierten Fällen völliges oder fast völliges Intaktbleiben der Stimme. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt bei frischer Lähmung Stellung der Stimmbänder wie bei kompletter Rekurrenslähmung, in späteren Stadien bei ruhiger Respiration nur schmalen, linearen Spalt zwischen den Stimmbändern, bei tiefer Inspiration fast völligen Glottisverschluß, bei Intonation normale Verhältnisse.

Das erste Symptom kann sich darin zeigen, daß bei leichten Anstrengungen oder bei psychischen Erregungen eine Erschwerung der Inspiration eintritt.

Nach kurzer Skizzierung der bisher publizierten Fälle berichtet Vf. über einen selbst beobachteten, ein $2^1/_2$ Monate altes Mädchen betreffenden Fall, in welchem sichere hereditäre Lues bestand. $10^1/_2$ Monate nach Konstatierung einer Parrolschen Pseudoparalyse, die nach Quecksilberbehandlung wich, traten bei dem ($13^1/_2$ Monate alten) Kinde Dyspnoeattacken auf, die durch Diphtherieheilserum nicht beeinflußt wurden. Differentialdiagnostische Ausschließung anderer Ursachen, besonders aber die Laryngoskopie, ergaben schließlich eine Lähmung der Glottiserweiterer; letztere erklärte nun auch bis zu einem gewissen Grade die an Intensität zunehmende Heiserkeit. Die Tracheotomie brachte Besserung, doch starb das Kind an Pneumonie.

Vf. erörtert ausführlich die Differentialdiagnose. Die Prognose ist ernst. Therapeutisch verspricht die Behandlung der Grundkrankheit (hier Lues) wenig. Symptomatisch wurde der galvanische und faradische Strom (perkutan) versucht, weiters Zufuhr von Sauerstoff durch die Inhalationsmaske, endlich Tracheotomie

oder Intubation. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 61, H. 1.) Nrth.

d) Lunge.

Ein Fall von traumatischer Lungenhernie ohne äußere Verletzung. Von Dr. Cahen in Mannheim.

Einem 40jährigen Arbeiter fiel eine Tabakkiste gegen den rechten Oberarm. Die unmittelbaren Unfallsfolgen bestanden nur in Kontusionserscheinungen am Oberarm und am Schultergelenk. Vier Wochen nach dem Unfall bemerkte Patient, daß, wenn er sich bückte, auf der rechten Seite der Brust eine Geschwulst sich zeigte. Sie trat zunächst nur beim Bücken hervor, um beim Aufrichten des Körpers wieder zu verschwinden, kam aber auch dann bei starkem Pressen wieder heraus; sie schob sich nach unten über die zweite Rippe, nach oben über die Klavikula und lag in Hühnereigröße und -gestalt schräg über Klavikula und Sternum. Die nähere Untersuchung ergab, daß die Geschwulst aus Lungengewebe bestand. Der knöcherne Thorax war intakt, keine Rippenfraktur vorhanden. Nach einigen Tagen klemmte sich die Hernie bei Gelegenheit eines Bades ein und mußte reponiert werden. Die Frage, ob es sich um eine Unfallsfolge handelte, wurde bejaht. Operationserlaubnis wurde verweigert. Rente 40%. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1905.)

Klar, Heidelberg.

e) Darm.

Was leistet die Leukozytenzählung im Frühstadium der Appendizitis. Von Dr. Federmann.

Auf Grund von Beobachtungen, die Vf. an der chirurgischen Klinik des Professors Sonnenburg angestellt hat, ist er zur Ueberzeugung gelangt, daß der Leukozytenbefund vor der Operation das sicherste prognostische Merkmal ist, weil es am klarsten die noch vorhandene Wehrkraft des Organismus wiederspiegelt.

Vf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Jede Appendizitis, bei der, sei es durch Perforation oder Gangrän, eine intensive Infektion stattfindet, zeigt eine hohe Leukozytose von 20.000 und darüber in den ersten Tagen der Erkrankung. Diese Leukozytenzahl ist der Ausdruck der Infektion und besagt nichts für das Vorhandensein von Eiter. 2. Hohe Leukozytose über 20.000 in den ersten Tagen der Erkrankung ergibt die Indikation zum sofortigen Eingriff, da mit Sicherheit eine schwere Infektion vorliegt. Schwere klinische Symptome und niedrige oder gar fehlende Leukozytose sind ein Zeichen von beginnender oder bereits fortgeschrittener Allgemeinvergiftung und indizieren gleichfalls die sofortige Operation. 3. Die praktische Verwertung der Leukozytenzahl ist nur statthaft unter Berücksichtigung und Vergleichung aller übrigen Symptome mit dem Zeitpunkt der Erkrankung; ohne diese ist sie unmöglich. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 50, 1904.)

E.

Leukozytenzählung und Frühoperation bei Epityphlitis. Von Dr. Fritz Berndt.

Im Gegensatz zu anderen Beobachtern ist Vf. auf Grund seiner persönlichen, an der chirurgischen Abteilung des Stralsunder Krankenhauses gewonnenen Erfahrungen der Ansicht, daß weder die Leukozytenzählung, noch die Temperaturmessung, noch Palpation und Perkussion eine sichere Aufklärung über das Stadium der Erkrankung des Wurmfortsatzes geben können. Das einzige Symptom, das nie im Stich läßt, ist die Pulsbeschleunigung. Vf. stellt auf Grund seiner operativen Erfahrung folgende Grundsätze auf:

Für die Unterscheidung zwischen leichten und schweren Fällen von Epityphlitis besitzen wir im Verhalten des Pulses ein ausschlaggebendes Moment, das umso wichtiger ist, als es früher und regelmäßiger als alle übrigen Symptome auftritt.

Finden wir unmittelbar nach dem Einsetzen der übrigen Erscheinungen (Schmerz, Erbrechen, Uebelkeit) eine Pulszahl von 100 und darüber, so liegt der dringende Verdacht einer schweren Erkrankung vor. Der Kranke ist deshalb dauernd zu beobachten und der Puls stündlich zu kontrollieren.

Bleibt die Pulszahl in den nächsten 6—12 Stunden in derselben Höhe oder steigt sie, so ist die sofortige Operation dringend geboten.

Die sogenannte Frühoperation hat dem Vf. gute Resultate geliefert. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 50 u. 51, 1904.)

E.

Beitrag zur Pneumokokkenepityphlitis. Von Dr. E. Haim.

In zwei Fällen von Pneumokokkenperitonitis, ausgehend von einer Epityphlitis, gelang es, schon aus dem klinischen Bilde die Diagnose zu stellen. Bei beiden Kranken (9 Jahre altes Mädchen und 14jähriger Knabe) hatte die Krankheit unter den üblichen Zeichen einer Appendizitis begonnen, im ersten, tödlich ausgegangenen Falle hatte sich eine fibrinös-eitrige Peritonitis entwickelt, im zweiten ein abgesackter Abszeß. Es bestanden schwere Allgemeinsymptome. Bei der Laparotomie zeigte sich ein fibrinöseitriges Exsudat, das Pneumokokken enthielt. Wertvolle diagnostische Anhaltspunkte gab in einem der Fälle das Blutbild; das native Präparat erinnerte sehr an das der croupösen Pneumonie (Ueberwiegen der polynukleären Leukozyten, Vermehrung des Fibrinnetzes). Vf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: Die durch Pneumokokken hervorgerufene Epityphlitis ist eine ziemlich seltene Erkrankung; sie ist ein gut charakterisiertes Krankheitsbild, welches sich von dem der Epityphlitis anderer Aetiologie wohl unterscheidet. Die Diagnose ist aus den klinischen Symptomen und insbesondere durch die Blutuntersuchung sehr leicht zu machen. Die Behandlung soll eine operative sein, und zwar in einem möglichst frühen Zeitpunkte. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4, 1905.)

Nrth.

f) Niere.

Eine einfache Methode des Blutnachweises im Urin beschreibt Sabrazes.

Normaler, saurer Urin mit einigen Tropfen Wasserstoffsuperoxydlösung entwickelt nur wenig Sauerstoff; bei neutraler oder alkalischer Reaktion ist diese Sauerstoffentwicklung viel abundanter; diabetische Urine moussieren vielleicht etwas mehr als normale; ebenso eiweißhaltige, gallenfarbstoffhaltige ganz wenig. Ist Blut im eiterfreien Urin vorhanden, selbst in minimalster Menge, so schäumt der Urin sehr stark und lange Zeit, bei Zusatz von 10 Tropfen der Lösung auf 10 cm^3 im Reagensglas. Der Schaum überragt die Flüssigkeitssäule um mehrere Zentimeter. Eiterhaltige Urine schäumen ebenfalls stark, aber doch nicht in solchem Maße. — (Gaz. hebdomad. d. sciences méd. de Bordeaux Nr. 33, 1904.)

F. L.

Ein Fall von Nephritis syphilitica acuta. Von H. Thiemann.

Eine 24jährige Arbeiterin, die seit 14 Tagen an einem Ausschlage und geschwollenen Füßen leidet, gelangt zur Aufnahme. Die Untersuchung ergibt, daß der Ausschlag ein kleinfleckiges, braunrotes, syphilitisches Exanthem ist, während der Urin 10‰ Eßbach aufwies; zugleich konnte noch ein induriertes Ulkus am Genitale nachgewiesen werden. Im Sediment des Urins finden sich reichlich hyaline, granulierte und Epithelzylinder. Es besteht also kein Zweifel, daß die Kranke Syphilis und daß sie Nephritis hat. Wie steht es nun mit den Beweisen für den Zusammenhang beider Erkrankungen; kann die Nephritis auf den Ausbruch der Syphilis zurückgeführt werden?

Bekanntlich wurden für die Annahme des syphilitischen Ursprungs einer akuten Nephritis die Forderungen bereits von verschiedenen Autoren scharf präzisiert. Es muß erstens die Niere vor dem Beginn der luetischen Erkrankung gesund gewesen sein. Diese Forderung wird sich sehr häufig nicht mit Sicherheit beantworten lassen, weil man in der Regel, wie auch im vorliegenden Falle, die Patienten erst mit den ausgesprochenen Krankheitserscheinungen zu Gesicht bekommt. Deshalb muß man sich mit den negativen Antezedentien behelfen; so verweist der Autor darauf, daß die Kranke früher keinerlei Infektionskrankheiten durchgemacht, daß sie keine Erkältungen er-

litten, daß auch keinerlei Intoxikation (Alkoholismus) vorliege etc. Auch dem Umstande, daß die Patientin zur Zeit der Aufnahme sich im vierten Monat der Gravidität befindet, wird Rechnung getragen durch den Hinweis, daß die vorausgegangenen (vier) Graviditäten ohne jede Affektion verlaufen seien, was, nebenbei bemerkt, ja doch nicht beweisen kann, daß nicht etwa in der fünften Gravidität Nephritis eintreten könnte.

Dagegen erscheint sowohl die zweite, als auch die letzte Forderung in Bezug auf die Genese der Nephritis erfüllt, daß nämlich die Erscheinungen der Nierenaffektion parallel mit den übrigen Erscheinungen der Syphilis laufen und daß die Albuminurie durch Quecksilberbehandlung gebessert oder geheilt werde. Denn die Schwellung trat mit dem Exanthem auf und ging auf 1%ige Injektionen von Sublimat in geradezu überraschender Weise zurück, während eine vorausgehende, durch mehrere Tage durchgeführte Beobachtung peinlicher Diät den Eiweißgehalt nicht geändert und auch keine Steigerung der geringen Urinmengen herbeigeführt hatte. Insbesondere der günstige Einfluß der Quecksilbertherapie, die völlige Heilung der Nephritis parallel mit dem Verschwinden der Syphiliserscheinungen, berechtigt, den Fall als Nephritis syphilitica anzusehen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1905.) D.

g) Ohr.

Ueber die Arten der nach Kopfverletzungen auftretenden Neurosen. Die traumatische Labyrinthneurose. Von Dr. Stenger in Königsberg.

Bei traumatischen Neurosen nach Kopfverletzungen finden sich häufig Labyrintherscheinungen, wie Kopfschmerz, Schwindel, subjektive Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit, allgemeine nervöse Beschwerden. Nach Nachlaß der ersten Schockerscheinungen von Seiten des Verletzten kommt es zu allgemeinen nervösen Erscheinungen, also der als „funktionell" bezeichneten traumatischen Neurose. Nun läßt sich aber in einer Reihe von Fällen durch gewissenhafte Ohruntersuchung objektiv nachweisen, daß das Labyrinth geschädigt ist. Es handelt sich dann um keine Neurose, sondern um einen vom Labyrinth ausgehenden, auf dessen organischer Schädigung beruhenden Symptomenkomplex. Ihr durch die Ohruntersuchung geführter Nachweis bewahrt manche Fälle vor dem Verdachte der Simulation. Lassen sich also objektiv vom Labyrinth ausgehende Symptome nachweisen, so müssen die nachfolgenden allgemeinen nervösen Beschwerden auch auf eine Verletzung dieses Organs bezogen werden. In diesen Fällen ist der Begriff „traumatische Neurose" zu unbestimmt. Man muß hier von einer traumatischen Labyrinthneurose sprechen. Hiedurch wäre nicht nur klar der Ort und die Art der ursächlichen Erkrankung bezeichnet, sondern auch zum Ausdruck gebracht, daß den oft scheinbar unbestimmten Beschwerden ein tatsächliches, objektiv nachweisbares Leiden zugrunde liegt. Der Begriff der traumatischen Neurose bezeichnet dann nur jene Fälle, für die eine anatomisch nachweisbare Veränderung nicht vorliegt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2, 1905.)

Rosenthal.

h) Nervensystem.

Zur Pathogenese der Narkosenlähmung. Von A. Hofer in Würzburg.

Bei der an einer 44jährigen Nulli para vorgenommenen Uterusexstirpation zeigte sich am zweiten Tage nachher vollständige schlaffe Lähmung des linken Armes, ferner Parästhesien, die Sensibilität war ungestört. Die Operation hatte unter Morphium-Chloroformnarkose $1^1/_4$ Stunde gedauert, der linke Arm war behufs Pulskontrolle zunächst in Hyperelavation, später in mäßiger Abduktion gehalten worden. Auf Faradisieren stellte sich die Beweglichkeit des Unterarmes wieder ein, am 20. Tage war noch abnorme Schlaffheit beider Schultergelenkskapseln, ferner so beträchtliche Atrophie der Schultermuskeln vorhanden, daß man vermuten mußte, sie hätten schon vor der Operation

bestanden. An der oberen Halsseite zahlreiche Knoten nach Drüseneiterung. Es wurde ein entzündlicher Prozeß (Caries sicca) des linken Schultergelenkes angenommen. Nach Monaten vollkommene Wiederherstellung. Bei den Narkoselähmungen handelt es sich um Lähmung durch direkten Druck auf die Nerven des Plexus, der entweder durch den Humeruskopf oder durch Kompression der Nerven zwischen Klavikula und erster Rippe ausgeübt wird, im letzteren Falle wird Drehung des Kopfes nach der entgegengesetzten Seite durch Spannung des Plexus eine weitere Schädlichkeit hinzufügen. Im eben beschriebenen Falle wurde durch die Schlaffheit der Kapsel eine Subluxation beim Erheben des Armes ermöglicht, wodurch zugleich ein schon längere Zeit bestehender chronischer Gelenkprozeß aufs neue angefacht wurde. Die Hyperelevation des Armes ist für alle Fälle eine gefährliche Haltung. — (Münch. Med. Wochenschr., Nr. 42, 1904.) Rosenthal.

Sehnenreflexe und Sensibilitätsstörungen bei Tabes dorsalis. Von Dr. L. Bregmann in Warschau.

Nicht bloß der Patellarreflex, sondern auch der Achillessehnenreflex ist bei Verdacht auf Tabes sorgfältig zu untersuchen. Nach Goldflamm und Babinski schwindet er vor dem Patellarreflex, ebenso nach Kollarits und Sarbó. Auch ein einseitiges Fehlen des Achillessehnenreflexes kann die Diagnose stützen. Sein frühes Schwinden bedeutet eine Erkrankung des Sakralmarkes an Stelle des ursprünglich als am meisten bevorzugt angesehenen Lendenmarkes. Es lag daher nahe, auch nach Sensibilitätsstörungen zu suchen, welche eine etwaige Erkrankung des Sakralmarkes anzeigten. In drei Fällen von Tabes incipiens des Autors waren die Achillessehnenreflexe bereits geschwunden, während die Patellarsehnenreflexe noch auslösbar waren. Bei den sonst undeutlich ausgeprägten Symptomen der Tabes kam dem Schwinden der Achillessehnenreflexe eminente diagnostische Bedeutung zu. In einem der Fälle entsprachen die sensiblen Störungen und Parästhesien gleichfalls dem Gebiete des Sakralmarkes, ebenso wie das Fehlen der Achillessehnenreflexe. Auch nach Marinesco, Grebner u. a. betreffen die sensiblen Störungen an den unteren Extremitäten das Gebiet der fünften Lumbal- und ersten Sakralwurzel, die auch den Achillessehnenreflex vermitteln. Die sensiblen Störungen scheinen jedoch relativ später klinisch zur Geltung zu kommen, so daß das Verhalten der Reflexe ein viel feineres Reagens für das Befallensein der einzelnen Rückenmarkssegmente darstellt. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 1, 1905.)

Rosenthal.

Ueber den Bauchdeckenreflex bei Tabes dorsalis. Von Dr. G. Católa in Florenz.

Nach Rosenbach ist der Bauchdeckenreflex bei Tabes sehr häufig verstärkt, ebenso nach Ostankow und Oppenheim. Diese Verstärkung betrifft jedoch nur das Frühstadium; in vorgeschrittenen Fällen verschwinden auch die Hautreflexe. Zu Beginn der Erkrankung besteht also zwischen Haut- und Senenreflexen ein antagonistisches Verhalten. Vf. hat 38 Tabiker daraufhin untersucht, fast sämtlich vorgeschrittene Fälle. Nur in 13 Fällen fehlte der Bauchdeckenreflex, in 9 Fällen lebhaft, in 15 normal, beziehungsweise abgeschwächt. Daraus erhellt, daß die Bauchdeckenreflexe in keinem direkten Verhältnis zum Alter der Erkrankung stehen. Auch bei sehr alter Tabes können sie noch vorhanden sein. Aus dem Verhalten der Bauchdeckenreflexe sind also nur mit Vorsicht diagnostische Schlüsse zu ziehen. — (Neurol. Zentralbl., H. 1, 1905.)

Rosenthal.

i) Haut.

Ueber postvakzinale Ausschläge. Von Dr. Th. Corlett.

Die auszugsweise Wiedergabe von elf interessanten Beobachtungen mit verschiedenen dermalen Impfkomplikationen. In mehreren Fällen war an den Inokulationsstellen nach normaler Eintrocknung der Pusteln ein Aufflackern des in-

okulierten Virus und hiemit ein neues Aufschießen von Pusteln bemerkbar. Bei mehreren Schenkelimpfungen war es zu gangränöser Zerstörung der vakzinierten Stellen gekommen. Bei einem 16jährigen Jungen löste die Lymphe eine bullöse Eruption aus, die ein Jahr hindurch verfolgt wurde. (Ueber das gleiche Vorkommnis berichten Brown, Galloway, Sequeira u. a.) Die Beurteilung ähnlicher, dem Pemphigus zuzurechnender Ausbrüche, welche sich bei Erwachsenen an die Impfung anschließen, erfordern unseres Erachtens vom pathogenetischen Standpunkte aus die größte Vorsicht. Die Lymphe scheint hiebei gewiß nur eine nebensächliche Rolle zu spielen. (Ref.)

Daß Vernachlässigung und mangelhafte Reinlichkeit auch bei der Vakzination den glatten Verlauf zu beeinträchtigen imstande sind, illustrieren weitere Beobachtungen, in welchen es zu weithin verbreiteten, tiefgreifenden Autoinokulationen gekommen war. In die gleiche Kategorie gehören singuläre Uebertragungen der Schutzpocke auf die Hände und Schenkel. Die generalisierte Vakzine wird durch einen Fall illustriert, bei welchem die Impfung eine durch seborrhöische und skrophulodermaähnliche Plaques charakterisierte Aussaat im Gefolge hatte. Diese Auffassung des allgemeinen Vakzineausbruches wird wohl nur wenige Anhänger finden. Manche der aufgezählten Fälle belegen die oft geäußerte Angabe, daß sich Ekzeme, Psoriasisformen, Lupusaussaaten im Anschluß an die Impfung zu entwickeln beginnen. Bei der weiten Verbreitung der Impfung und der Häufigkeit der genannten Exantheme ist aber hundertfach für die zufällige Aufeinanderfolge der Erscheinungen Gelegenheit geboten. Daß aber die Impfung bei Außerachtlassung der leider nicht überall vom Gesetze vorgeschriebenen Kautele zu sekundären Infektionen führen kann, muß leider zugegeben werden; hiefür haben die wiederholten vakzinalen Syphilisübertragungen und Tuberkuloseinokulationen in früherer Zeit traurige Exempel geliefert.

Nebst dem kasuistischen Interesse gewinnen die akzidentellen Vakzineübertragungen auch dadurch an Bedeutung, daß die an ungewohnten Stellen lokalisierten Impfpusteln diagnostische Schwierigkeiten zu bereiten vermögen. Löwenbach und Brandweiner haben aus der Klinik Neumann solche, an abnormen Körperstellen sitzende Vakzineerkrankungen mitgeteilt (1903), so auch in jüngster Zeit L. Spitzer, der an den Schamlippen einer Frau Pustelgruppen verfolgen konnte, die von einem jüngst geimpften Kinde aus zur Uebertragung kamen. (1903.) Lesser demonstrierte in der Berliner medizinischen Gesellschaft (18. Jänner 1905) eine Frau, die sich dadurch eine Vakzine-Infektion zuzog, daß sie sich ekzematöse Stellen mit dem Inhalt einer Lanolindose einschmierte, die sie vorher bei der Nachbehandlung der Impfpusteln ihres Kindes verwendet hatte. [Ref.] — (The Journ. of. Cut. Disease, November 1904.) N.

k) Konstitutionskrankheiten.

Studien zur Skrofulose. Von Dr. P. Gastou.

In der Revue d'Hygiène et de Médecine infantiles (Tome III, Nr. 4 u. 5, 1904), diesem unter H. von Rothschilds sachkundiger Leitung stehenden vornehmen Sammelorgane fachwissenschaftlicher Leistungen aus dem Gebiete der Pädiatrie, hat Gastou das von kontroversen Lehrmeinungen, Hypothesen und Leitsätzen unterwühlte Terrain der Skrofulose vom Standpunkte des Dermatologen neuerdings zur Diskussion gestellt. Es handelt sich hiebei um eine Sichtung und Aufteilung jenes in der ätiologischen Difinition verworrenen und im anatomischen Substrat nicht genügend charakterisierten, weitläufigen Gebietes von Hautveränderungen, die teils von altersher als äußere Wahrzeichen der klinisch agnoszierten Skrofulose angesehen werden, teils seit der Ausweitung des Begriffes als abgeschwächte Manifestationen der Tuberkulose angesprochen, der formenreichen Gruppe zugewiesen sind. Indem Vf. an die Ausführung dieses dankenswerten Unternehmens



schreitet, leitet ihn das Bestreben, anregend auf das prophylaktische Handeln zu wirken und mit der Beleuchtung der einzelnen Etappen dieser folgenschweren Prozesse, in deren Kette die zu letalem Ende führende allgemeine Tuberkulose nicht zu selten das abschließende Glied bildet, der Aerzteschaft ein frühzeitiges energisches Einschreiten ans Herz zu legen. Mit dem Ausspruche: „Combattre la scrofule, c'est faire la prophylaxie de la tuberculose, c'est s'opposer au développement du terrain nécessaire au développement du bacille de Koch" legt Vf. sein ätiologisches Glaubensbekenntnis ab, indem er die Skrofulose nach dem Ergebnisse eigener Untersuchungen und in Berücksichtigung der neueren bakteriologischen, pathologisch-anatomischen und experimentellen Errungenschaften als hereditäre oder akquirierte, chronisch verlaufende, zu sekundärer Tuberkulisation tendierende T o x i i n f e k t i o n, resp. Septikopyämie definiert. Zur klinischen Charakteristik dieser weit umfassenden Krankheitsgruppe, die nach Ausschaltung aller früher unrechtmäßig dem Formenkreise der Skrofulose einverleibten Typen immer noch ein reichgegliedertes Material umfaßt, dient die stete Kombination von systematischen Veränderungen des lymphatischen Apparats mit kutanen, ganglionären, viszeralen und Störungen des Knochensystems. Die anatomische Grundlage ist im Skrofulom resp. dem Lymphom gegeben, welche Elementarläsion oft genug zum Ausgangspunkte der tuberkulösen Umwandlung wird. Diese nodulären Granulome gehen von den Lymphbahnen aus und werden aus polynukleären Leukozyten (pyämischer Typus), aus viel- und einkernigen Formen (Skrofulom) bald wieder vorzüglich aus Lymphozyten (Lymphome) gebildet. Beim Prävalieren der letztgenannten Zellgattung resultieren Tumoren, die mit leukämischen, lymphatischen und Bindegewebsgeschwülsten (Lymphangiom, Lymphosarkom) viele Analogien aufweisen.

Unter Einschluß unzähliger Varietäten sind alle hieher zu rechnenden Alterationen in drei Haupttypen unterzubringen: 1. fazio-zervikaler Typus; 2. Haut-, Schleimhautform; 3. chloro-anämische Gruppe. Von größtem Interesse sind die Projektionen des Infektionsprozesses auf der allgemeinen Decke, welche Vf. nach Ausschaltung aller als spezifisch tuberkulös erkannten oder dafür erachteten Formen und nach sorgfältiger Trennung der dem Formenkreis der Syphilis angehörigen Oberflächenveränderungen in Wort und Bild scharf zu kennzeichnen versteht. Es ziehen an uns die erythematösen, squamösen, papulo-pustulösen und ulzerösen, bunt figurierten Eruptionen vorüber, die in der Dermatodiagnostik des Kindesalters so verschiedentliche Einreihung erfahren und in der pathogenetischen Beurteilung der größten Willkür und subjektiven Empfindung ausgesetzt erscheinen. Unserer Erfahrung nach können wir G a s t o u nur bestens beipflichten, wenn er die durch äußere Infektion bedingten Pyodermien, die durch ihre Hartnäckigkeit berüchtigten perinasalen, zirkumoralen und retroaurikularen, ekzematisierten Kleinknötchenausbrüche, sowie die auf Streptokokkeninvasion beruhenden, diffusen Impetigoformen und gangränösen resp. phagedämischen Ekthymatypen dieser modifizierten Begriffsbestimmung der Skrofulose unterordnet.

In therapeutischer Hinsicht ist die Eindämmung, die persönliche, familiäre und soziale Prophylaxe an die tête aller Bestrebungen zu stellen. Die als infektiös erkrankten Kinder sind gleichwie ihre die Uebertragung vermittelnden Läsionen zu isolieren. Seborrhoische und eitrige Krustenmassen müssen entfernt werden. (Seifenwaschungen, Oelkompressen, Kautschukkappen.) Alle Eingangspforten von Infektionen (Nabelwunden, Aufschürfungen, Ekzem, Rhagaden) sind strengstens zu beachten. Im Heilplane selbst haben die Vernichtung des Infektionsmaterials, sowie die Verhinderung der Autoinokulation als Direktive zu gelten. Sublimatbäder (1 g zu 15 l Wasser), Naphtholvaselin (1 g — 10), Wasserstoffsuperoxydumschläge (1—10), Waschungen mit der Alibour'schen Lösung (Cupr. sulf. 12·0, Zinc. sulf. 35·0, Camphor. 4·0, Aqu. 15.000 — in 5- bis 15facher Verdünnung) finden ihre Anzeigen. Antiseptische

Streupulver etc. sind bei ulzerösen Formen zu applizieren. Alle lokalen Maßnahmen werden durch roborierende Diät, sowie durch Aufenthalt an der See überboten. Freilich pflegt auch unter solchen Bedingungen der radikale Erfolg nicht stets einzutreffen. Jüngst noch haben wir in die Statistik einer deutschen Ostseekolonie Einblick erhalten, die nach der Richtung hin über keine allzu ermutigende Zahlenreihen verfügt und die definitive Behebung der skrofulösen Läsionen als eine der schwierigsten therapeutischen Aufgaben ansprechen läßt. (Ref.)

Die alle einschlägigen Fragen mit seltener Gründlichkeit streifende Exposition Gastous ist auch in Form einer selbständigen Monographie zur Ausgabe gelangt (Paris C. Doin 1904) und kann dieselbe bei der Fülle der entwickelten, belangreichen Gesichtspunkte auf den weitesten Leserkreis rechnen. N.

Ueber Barlow'sche Krankheit. Von Dr. H. de Rothschild.

Des Autors persönliche Erfahrungen dienen der Uebersicht als Grundlage, welche er in seinem Sammelwerke (Traitè d'Hygiène et de Path. d. Nourisson, O. Doin, Paris 1904) dem Thema der infantilen Skorbutformen widmet. Die hieher zu rechnenden Arten sind ihm vor dem vierten Lebensmonate kaum untergekommen. Bezüglich des Verhältnisses der hämorrhagischen Diathese zur Ernährung fußt Vf. auf den Schlüssen der amerikanischen Enquete, indem er die Barlow-sche Krankheit einer irrationell bereiteten künstlichen Alimentation zuschreibt; die im Verlaufe der Milchsterilisierung zustande kommende Peptonisierung zu einer Zeit, wo die Temperatur noch nicht zur Abtötung aller Keime hinreicht, möchte Vf. für das Einsetzen skorbutähnlicher Veränderungen verantwortlich machen, nachdem er bei mit Pepton verfütterten Hunden ein ähnliches Krankheitsbild hervorzurufen imstande war. Aus der Symptomatologie werden besonders die umschriebenen, knotenförmigen, schmerzhaften Schwellungen an den unteren Extremitäten (subperiostal), die Vorwölbung des knöchernen Augendaches (Exophthalmus), Zahnfleischläsionen, Ekchymosen der Haut, intramuskuläre Blutergüsse, Hämaturie etc. hervorgehoben. Das anatomische Substrat ist gegeben: in subperiostalen Blutungen der langen Röhrenknochen, in Ablösung der Epiphysen, Blutergüssen in den Pleuraraum, in die Peritonealhöhle, Ekchymosen in den verschiedensten Organen etc.

Die Behandlung hat sich in erster Linie auf eine Regelung der Diät zu erstrecken (rohe oder schwach pasteurisierte Milch, Fleischsaft unter Zusatz von Zitronensäure). Nebstbei sind brüske Lagerveränderungen der Kinder wegen Gefahr von Knochenbrüchen zu meiden. N.

l) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Ueber Gonokokkensepsis der Neugeborenen. Von C. Brehmer.

Es handelt sich um ein schwächliches Kind, bei welchem die Credé'sche Einträufelung von Argentum nitricum in den Augenbindehautsack erst am zweiten Tage, also sicherlich bei bereits konstatierter Eiterung aus den Augen, gemacht worden war; weiters hatte das Kind durch die folgenden neun Tage in dieser Beziehung überhaupt keine weitere Pflege und Wartung durch die imbezille Mutter erfahren. Zur Zeit der Aufnahme waren die Lider dick geschwollen, aus dem Lidspalt quoll bei vorsichtigem Oeffnen reichlich dicker, rahmiger Eiter hervor, der mikroskopisch intra- und extrazellulär gelagerte Gonokokken erkennen ließ. Die Therapie bestand in sorgfältigem Auswaschen der Augen mit 3%iger Borsäurelösung, Auflegen von Borsäurewattebäuschchen, hin und wieder Eisumschläge. Tatsächlich ging die Sekretion in den nächsten Tagen wesentlich zurück. Da aber beginnt das Kind die Nahrungsaufnahme zu verweigern, es tritt Schwellung beider Fußgelenke und des rechten Ellbogengelenkes auf, im Urin ist Albumen nachweisbar, Pulsfrequenz steigt auf 150 bis 160 Schläge, die Herztöne sind unrein. Nach wenigen Tagen tritt der Exitus ein.

Die Obduktion ergibt subpleurale und epikardiale Blutungen, Herzklappen in-



takt, im Eiter des exstirpierten Ellbogengelenkes sowohl Gonokokken, als nach Gram nicht entfärbte Kokken nachweisbar. Es handelt sich also hier um eine Mischinfektion, welcher das Kind erlag. Den rapiden Verlauf glaubt der Autor auf die in der Anamnese erwähnte Unterlassung, bezw. zu späte Vornahme der prophylaktischen Einträufelung von Argentum zurückführen zu müssen, sowie auf den Unverstand der Mutter, die auch dann noch das Kind länger als eine Woche ohne Pflege beließ. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2, 1905.) D.

Ueber ungewöhnliche Verlaufsweisen und plötzliche Todesfälle bei Unterleibstyphus sprach Kurschmann in der med. Gesellschaft in Leipzig, Dezember 1903.

Der Typhus ambulatorius (die latente Form des Typhus) beginnt mit lamgsam zu mäßiger Höhe ansteigendem Fieber. Schmerzen fehlen oft. Es lassen sich drei Formen des Fieberverlaufes unterscheiden: 1. remittierendes Fieber auf relativ niederem Niveau, 2. eine Form, bei der das Fieber oft 1—2 Tage aussetzt, 3. intermittierendes Fieber. Diese verschiedenartigen Verlaufsweisen erschweren natürlich eine genaue Diagnosenstellung. Der ambulatorische Typhus wird manifest: 1. durch Nachschübe; nach längerer Krankheit, deren Natur nicht sicher festzustellen war, tritt endlich typisches, remittierendes Fieber ein, 2. durch Uebergang in die foudroyante Form (selten), 3. durch Uebergang in die hämorrhagische Form (noch seltener), Magen-, Darm-, Nieren-, Hautblutungen, meist bei kräftigen Leuten; diese Fälle kommen meist ad exitum, 4. durch Darmblutung und Perforation; letztere tritt bei scheinbar ganz leichten Fällen oft mitten während der Arbeit ein. Bei dem Typhus im kindlichen Alter tritt seltener Perforation und Darmblutung auf. F. L.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Agurins auf die Diurese und den Blutdruck. Von Franz Montag.

Die Untersuchungen, die Vf. auf Anregung von Stintzing vorgenommen hat, hatten folgendes Ergebnis: 1. Das Agurin ist ein gutes Diuretikum. 2. Es wird gut vertragen, ist frei von Schädlichkeiten und zeigte keine unangenehmen Nebenwirkungen. 3. Das spezifische Gewicht des Harns wurde in den meisten Fällen mit Zunahme der Diurese, nicht vermindert. 4. Der Blutdruck zeigte eine geringe und rasch vorübergehende Erniedrigung. 5. Bei den durch Herzerkrankungen bedingten Stauungshydropsien, sowie bei den serösen Perikarditiden und Pleuritiden waren die Erfolge am gün-

*) An die vielen Freunde, die sich die „Therapeutischen Neuigkeiten" in der kurzen Zeit ihres Erscheinens schon erworben haben, ergeht von neuem die Bitte, mich durch Uebersendung von kurzen Berichten über Erfahrungen mit neuen Mitteln zu unterstützen. Diese Mitteilungen sollen in Form von kritischen Praktiker-Berichten in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden. Auch scheinbar unbedeutende Beobachtungen werden von wissenschaftlichem Werte sein, wenn sie mit analogen oder entgegengesetzten Erfahrungen zusammen besprochen werden. Zugleich ergeht an die Herren Kollegen die Bitte, mir mitzuteilen: 1. welche drei pharmakologischen neueren Präparate, 2. welche drei diätetischen und 3. welches sero- und organotherapeutische neuere Mittel halten Sie für eine wirkliche Bereicherung der Therapie? Die Bearbeitung der einlaufenden Arbeiten und Ansichten hat natürlich nur dann einen Wert und wird nur dann vorgenommen, wenn die Beteiligung der Herren Kollegen eine genügende ist.

Dr. Fritz Loeb in München,
Kaufingerstraße 25.



stigsten, bei den Nephritiden fehlten sie. — (Inaug.-Diss., Jena 1903.)

Ueber die Wirkung des Maretins auf das Fieber der Phthisiker. Von Dr. Elkan. (Aus der Volksheilstätte bei Planegg, München.)

Vf. kommt zu folgenden Resultaten: 1. Das Maretin setzt prompt die Temperatur herunter; der Temperaturabfall vollzieht sich dabei ziemlich langsam. 2. Maretin übt keinen Einfluß aus weder auf Respirations- noch auf Digestionstraktus, noch auf den Blutkreislauf. 3. Schädliche Nebenwirkung, sowie kumulative Wirkung wurden nicht beobachtet. 4. Maretin ist erheblich billiger als Pyramidon. 5. Als Gaben bewährten sich am besten einmal täglich 0·5 oder zweimal täglich 0·2 Maretin in Pulverform unter Nachtrinken von einigen Schlucken Wasser zu nehmen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 30, 1904.)

Ueber Dymal. Von G. Fiore.

Das Dymal ist ein Präparat, das aus Nebenprodukten gewonnen wird, wie sie bei der Herstellung der Auerstrümpfe abfallen. Es besteht aus salizylsaurem Didym, hat die chemische Formel: $Di_2(C_6H_4OH.COO)_6$ und bildet ein feines rosaweißes Pulver ohne Geruch. Kopp in München hat es zuerst geprüft und bei kleinen Riß-, Schnitt- und Quetschwunden als gutes antiseptsiches, austrocknendes Mittel bewährt gefunden. Vf. hat es einerseits auf seine desinfizierende Wirkung gegen Mikroorganismen, anderseits auf seinen Wert in der Behandlung von infizierten und nicht infizierten Wunden geprüft. Die Versuche erwiesen die antiseptische Wirkung des Mittels. In 20 Fällen, wo Vf. das Dymal bei nicht genähten Wunden prüfte, indem er letztere damit bestreute und sie mit einem gewöhnlichen Wundverband bedeckte, hat er niemals eine Spur von Eiterung konstatieren können. Gleichzeitig hat er das Dymal bei schon infizierten Wunden verwandt, mit dem Erfolg, daß sich bald nach Beginn der Behandlung die Absonderung verminderte und die Vernarbung schnell von statten ging. Zwei Fälle von Ulcus cruris, welche schon längere Zeit den gewöhnlichen Mitteln widerstanden hatten, heilten unter der Einwirkung des Dymal's langsam, aber vollständig. Man kann deshalb, sagt Vf., seine Ergebnisse dahin zusammenfassen, daß das Dymal in der Tat eine kräftige antiseptische und austrocknende Wirkung besitzt, ohne daß sein Gebrauch von den Unannehmlichkeiten begleitet wäre, die man bei den in gleichen Fällen verwendeten Wundmitteln beobachtet. Wenn man dann in Betracht ziehe, daß das Dymal billiger als alle anderen ähnlichen Mittel sei, so werde man demselben in der Praxis gern den Vorzug geben. — (Rassegna Sanitaria di Roma Nr. 7, 1904.)

Farblose Kreosotal-Emulsionen.

Für Kinder wird Kreosotal oft in Emulsion verordnet. Nach H. Helch (Pharm. Praxis, 1904) wird die bei Kreosotalemulsionen manchmal auftretende Rotfärbung durch die im Gummi arab. enthaltene Oxydase verursacht. Diese letztere wird ohne Nachteil für die Emulsion zerstört durch Erhitzen derselben auf 80—90° im Wasserbade. Die Kreosotalemulsion hält sich lange Zeit. Helchs Vorschrift ist folgende:

10 g Gummi werden in 15 g Wasser gelöst und mit 20 g Kreosotal emulgiert. Dann wird allmählich das übrige Wasser in kleinen Portionen unter intensivem Schütteln oder Rühren zugesetzt und zuletzt auf 80—90° C. erhitzt, wodurch die Emulsion haltbar wird.

In der Charité in Berlin wird folgende Emulsion hergestellt, die ebenfalls durch Erhitzen auf 80—90° haltbar gemacht werden kann:

Rp. Creosotali „Heyden“ 200·0
Gummi arab. 100·0
Aq. dest. 150·0
M. fiat emulsio et adde
Aq. dest. 150·0

Tagesdosis für Kinder bis zu einem Jahr: 15—30 Tropfen; für größere Kinder: ½ bis 2½ Kaffeelöffel voll.

Um eine rasche Anfertigung der Emulsion für den augenblicklichen Gebrauch ohne Reibschale durch einfaches Mischen der Bestandteile im Medizinglas zu ermöglichen, hat Dr. Häfelin (Pharm. Zeitung, 2, III, 1904) folgende Vorschrift gegeben:

Rp. Creosotali „Heyden" 3·0
Emuls. oleos. 80·0
Syr. Liquir. 40·0

In die Arzneiflasche werden 12 g Mucilago gummi arab., hierauf 8·0 g Oleum amygdal., dann 3·0 g Kreosotal und 3 g Tinct. Quillayae gewogen. Dann wird geschüttelt bis zur Emulsionsbildung und zuletzt der Sirup und das fehlende Wasser zugesetzt.

Tagesdosis für Kinder bis zu einem Jahr: 2—4 Kaffeelöffel voll; für größere Kinder: in 1—4 Tagen aufzubrauchen.

Oder

Rp. Creosotali „Heyden" 3·0—5·0
Emuls. amygdal. 60·0
Cognac 40·0
Syr. Liquir. ad 150·0

In die Arzneiflasche werden 12 g Mucil. gum. arab., hierauf 3—5 g Kreosotal, 3 g Tinct. Quillayae gewogen; dann wird tüchtig geschüttelt und Mandelmilch, Sirup und Kognak zugesetzt. Dieses Rezept mit Ersatz der Emulsio amygdal. durch Emuls. amygd. amar. gab, besonders bei starkem Bronchitishusten, gute Resultate. Dosierung wie bei der vorhergehenden Emulsion.

Obige Dosierung gilt für das regelmäßige Einnehmen bei den chronischen Krankheiten Tuberkulose, Skrofulose; bei akuten Krankheiten, Pneumonie und akute, fieberhafte Bronchitis und bei Keuchhusten sind die Dosen für Kinder mindestens auf das Doppelte zu steigern, am besten noch höher. Kreosotal wird in unglaublichen Mengen anstandslos vertragen und gibt erst in hohen Dosen die gewünschten Wirkungen.

Ichthargan bei Gonorrhöe hat Glickmann bewährt gefunden. Er berichtet über seine Erfahrungen zusammenfassend folgendermaßen: 1. Das Ichthargan kürzt im allgemeinen unbedingt den Verlauf der Krankheit ab. 2. Es bewirkt keine Reizerscheinungen, sondern beseitigt schnell die Schmerzen bei der Harnentleerung, verringert den Ausfluß und verwandelt denselben aus einem eitrigen in einen serösen. 3. Bei seiner Anwendung macht sich eine Neigung des Krankheitsprozesses, auf die Pars post. urethrae überzugehen, nicht bemerkbar. 4. Komplikationen von Seiten der Geschlechtsorgane werden bei Behandlung mit Ichthargan augenscheinlich seltener getroffen, als bei anderen Behandlungsmethoden. 5. Das Ichthargan tötet ziemlich rasch die Gonokokken, wobei jedoch diese, wenn sie einmal verschwunden sind, wieder auftreten können. 6. Die Konzentration der Lösung kann bis auf eine solche von 2:1000 gesteigert werden, ohne zu Reizerscheinungen zu führen. 7. Die Ichthargan-Lösungen müssen ex tempore mit kaltem destillierten Wasser hergestellt und nicht länger als zwei bis drei Tage aufbewahrt werden (dunkles Gefäß). 8. Ichthargan ist kein spezifisches, aber ein sehr empfehlenswertes Mittel zur Bekämpfung der Gonorrhöe. — (Die med. Woche Nr. 15, 1904.)

Als mild wirkende, verläßliche Abführmittel haben sich die Phenolphthaleinpräparate bewährt, unter denen am bekanntesten die sogenannten Purgen-Tabletten (in drei Formen: Baby-Purgen, Purgen für Erwachsene und Purgen für Bettlägerige) und die Hypagol-Tabletten der Ludwigs-Apotheke in München sind (von den letzteren werden 2—5 Stück vor dem Schlafengehen gegeben; ein Originalglas mit 25 Stück kostet 1 Mk.). Mit Recht beliebt sind auch die Pillulae aperientes „Kleewein". Sie bestehen aus:

Rp. Extr. Cascar. sagrad. rec. par. }
Extr. Rhei chinens. rec. par. } āā 3·0
Podophyllini }
Extr. Bellad. } āā 0·5
Pulv. Cascar. sagrad. qu. s. f. pil. Nr. L.
Obduce saccharo alb. et fol. Argent.

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Antidysenterikum Dr. Schwarz, indische Pillen. Besteht aus Fructus

Myrobalani, Pelletierin, Extr. Rosarum, Extr. Granat., Gum. arab. Innerlich gegen Ruhr, Brechdurchfall, akute und chronische Diarrhöe, Enteritis membranacea. Dreimal täglich 2—3 Pillen.

Camphossil. Zusammensetzung: Kondensationsprodukt von Kampfer mit Salizylsäure. Eigenschaften: Fettartige, zerfließliche, nach Kampfer riechende, in Wasser unlösliche, fast geschmacklose Masse. — Anwendung: In Dosen von 0·5 bei Diarhöe, Typhus etc. als Antipyretikum und Darmantiseptikum.

Capsulae tonico-purgative de Taurina. Mit Gelatine überzogene Pillen. In Italien viel gebrauchtes Abführmittel.

Capsules Cognet. Darmantiseptikum. Gelatinekapseln mit je 0·03 Eukalyptol und Kreosot und 0·05 Jodoform.

Carniferrin. Zusammensetzung: Eisenverbindung der Phosphorfleischsäure, zirka 30% Eisen enthaltend. — Eigenschaften: Rotbraunes, geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver. — Anwendung: In Dosen von 0·5 pro die (für Kinder 0·2, 0·3) als leicht resorbierbares Eisenpräparat bei Anämie und Chlorose.

Carniferrol (Liquor carnis peptonatus). Zusammensetzung: Ein Fleischpeptoneisenpräparat, welches 10% Fleischpepton und 0·4% Eisen enthalten soll. — Anwendung: Als aromatisches, likörartiges, diätetisches Eisenpräparat.

Carnigen. Zusammensetzung: Ein Albumosepräparat. — Eigenschaften: In Wasser leicht lösliches Pulver von angenehmem Geschmack. — Anwendung: Als diätetisches Präparat empfohlen.

Carnos. Aus Preßhefe und Malz hergestelltes, mit Salz und Gewürz vermischtes Extrakt. — Anwendung: Wie voriges („Nährmittelextrakt“).

Cascara evacuant. (Parke, Davis & Co.) Entbittertes Sagradapräparat; 0·3—1·3 g für Erwachsene, 0·06—0·3 für Kinder.

Chinaferrin. Zusammensetzung: Ein Präparat, welches neben organisch gebundenem Eisen die wirksamen Bestandteile der China- und Kondurangorinde enthält. — Anwendung: Als Kräftigungsmittel.

Chinaphenin. Zusammensetzung: Chininphenetidinkarbonat

$$CO\begin{cases} NH\,.\,C_6H_4\,OC_2H_5 \\ O\,.\,C_{20}H_{23}N_2O. \end{cases}$$

Eigenschaften: Weißes, in Wasser schwer lösliches, geschmackloses Pulver. — Anwendung: In Dosen von 0·15—0·3 dreimal täglich bei Keuchhusten, 0·7—2·0 bei Typhus, Malaria und Neuralgien.

Chinaphtol. Zusammensetzung: β-Naphthol-α-monosulfosaures Chinin.

$$C_{20}H_{24}N_2O_2.\,(C_{10}H_6.\,OH.\,SO_3H)_2$$

Eigenschaften: Gelbes, nur in heißem Wasser und Alkohol ein wenig lösliches Pulver. Wird erst im Darm zerlegt. — Anwendung: Bei Typhus, Darmtuberkulose, Dysenterie, akutem Gelenkrheumatismus und Puerperalzuständen in Tagesdosen von 2—3·0 resp. Einzeldosen von 0·5 in Oblaten oder Pillen mit Zucker und Eiweiß.

Chloralbacid. Zusammensetzung: Eiweißkörper, welcher 3% intramolekulär gebundenes Chlor enthält. — Eigenschaften: Gelbliches, in Wasser leicht lösliches Pulver. — Anwendung: In Dosen von 1—2 g mehrmals täglich gegen Appetitlosigkeit und mangelhafte Zusammensetzung des Magensaftes.

Cocloin. Zusammensetzung: Milchartiges Extrakt aus frischen Maiskolben. — Anwendung: Als „vegetabilische Milch“.

Crealbin. Eine Kreolineiweißverbindung. — Feines, in Wasser unlösliches Pulver. — Anwendung: Als Darmadstringens; innerlicher Ersatz für Kreolin.

Duotal. Zusammensetzung: Guajakolkarbonat $(C_6H_4\,OCH_3)_2.\,CO_3$. — Eigenschaften: Weißes, in Wasser nicht, in Alkohol wenig lösliches Kristallpulver. — Anwendung: Als Darmantiseptikum bei Typhus, bei tuberkulöser Zystitis, vor allem bei Phthise in allmählich zu steigernden Dosen von 0·5—6·0 pro die.

Dynamogen. Zusammensetzung: Sanguinis bovi dep. concentrat. 165·0, Sacchari 30·0, Spirit. 30·0, Glycerini 25·0, Tinct. aromatic. 1·5. — Anwendung: Eßlöffelweise bei Anämie und Folgezuständen.

(Fortsetzung folgt.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Anaemoreum ist ein Nebennierenpräparat, das in der Zahnheilkunde als Lokalanästhetikum dient.

Hopoganum ist Magnesiumsuperoxyd; internes Antiseptikum und Antifermentativum.

Adrenalin-Ointment ist eine Salbe, welche in 1000 Teilen einen Teil Adrenalinchlorid enthält. Sie gelangt in Tuben in den Handel.

Mercurol ist eine Nukleinsäureverbindung mit 10% Hg. Wird äußerlich für Gonorrhöe, Eiterungen etc. in 0·5 bis 5% frischer Lösung, 5—10% Salbe, in Tabletten à 0·05—0·15 g angewandt.

Ibogain, das Alkaloid von Tabernanthe Iboga, wird gegen Schlafsucht empfohlen.

Kermelol. Kreatinierte, versilberte Kapseln, von denen 25 Stück 7·5 g Extr. Filic. und 0·15 g Santonin enthalten.

Pilulae Chalybeatae comp. Warner sollen enthalten 2·5 Massa Chalybeatae (Zusammensetzung unbekannt, eisenhältig) und 0·125 Extr. Nuc. vomic.

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Ergebnisse der Serumbehandlung des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus. Von Stabsarzt Dr. Menzer in Halle a. S.

Die Streptokokkenserumbehandlung des Gelenkrheumatismus ist den bisherigen Behandlungsmethoden überlegen: 1. dadurch, daß sie auch chronisch gewordene Erkrankungen noch zu heilen, beziehungsweise zu bessern vermag; 2. daß sie die Heilungsbedingungen des akuten Gelenkrheumatismus im allgemeinen günstiger gestaltet und vor allem wesentlich günstigere Chancen für die Heilung der Endokarditis herbeizuführen scheint; 3. daß sie besser als die bisherigen Behandlungsmethoden vor Rückfällen zu bewahren scheint und selbst bei veralteten Fällen auf längere Zeit hin Heilung, beziehungsweise erhebliche Besserung herbeizuführen vermochte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, 1904.)

Neuere Arbeiten über Organotherapie bei Morbus Basedowii.

Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidinserum (Möbius). Von Dr. H. Hempel. (Aus der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke in Marburg a. L.)

Einige Bemerkungen über Möbius' Antithyreoidin. Von Dr. K. Thienger. (Aus dem städt. allgem. Krankenhaus in Nürnberg.)

Vorläufige Mitteilungen über Behandlung des Morbus Basedowii mit Organopräparaten von thyreoidektomierten Ziegen. Von S. Christens. (Aus dem Baldersgades-Hospital in Kopenhagen.)

Die erste der drei Arbeiten berichtet über den günstigen Erfolg bei einer 55jährigen Arbeitersfrau. Die Medikation bestand darin, daß zunächst jeden dritten Tag 5 g Serum per os verabreicht wurden. Die Behandlung war ambulant; das Serum wurde rein verabreicht ohne Zusatz von Wein oder Himbeersaft. Abgesehen von einem schnell vorübergehenden, unangenehmen Nachgeschmack, hatte es keinerlei Störungen zur Folge, kein Aufstoßen, kein Erbrechen, keine Beeinträchtigung des Appetits. Nach kurzer Zeit bekam die Patientin jeden zweiten Tag 5 g. Schon kurze Zeit nach Beginn der Behandlung gab die Kranke an, daß sie nicht mehr an Herzklopfen leide und daß sie sich wesentlich gebessert fühle. Auch der Exophthalmus war zurückgegangen, der Halsumfang hatte um 2 cm abgenommen. Die Pulszahl ging herunter, die Kurve wurde regelmäßiger. Eine Hebung des Allgemeinbefindens drückte sich in einer Gewichtszunahme von 3 Pfund aus. Patientin, die sich nach 4 Monaten wieder vorstellte, war mit ihrem Zustande zufrieden, da sie größere Spaziergänge machen und Berge bis zu 200 m besteigen konnte, ohne dabei durch Herzklopfen besonders gestört zu sein. Das Serum wurde von E. Merck (Darmstadt) zur Verfügung gestellt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1905.)

Dem Inhalt der zweiten Arbeit entnehmen wir die Konstatierung der Tatsache, daß den Ausgangspunkt für die heute im Vordergrund stehende thyreogene Theorie des Basedow in erster Linie die Beziehungen von Funktionsanomalien der Thyreoidea zu den Krankheitsbildern des Myxödems und der Cachexia strumipriva gaben, die in anatomischer wie klinischer Hinsicht diametral entgegengesetzte Erscheinungen darbieten. Möbius vertrat in erster Linie die Anschauung, daß die Basedow'sche Krankheit auf einer Vergiftung des Körpers durch eine krankhafte Tätigkeit der Schilddrüse beruht und daß es sich dabei um Stoffe handelt, die proportional ihrer Menge wirken. Dabei läßt er die Frage offen, ob es sich nur um quantitative Vermehrung des Drüsensekrets als Folge der Hypertrophie handelt, oder ob auch noch eine qualitative Veränderung des Sekrets vorliegt. Möbius veranlaßte Merck, aus dem Blute von Hammeln, denen etwa 6 Wochen vor dem ersten Aderlaß die Schilddrüse exstirpiert wurde, ein Serum herzustellen. Dasselbe wird mit einem Zusatz von 0·5% Karbolsäure versetzt und in verschlossenen Gläsern zu 10 cm³ in den Handel gebracht. Nachdem die subkutane Injektion des Serums sich nicht bewährt hatte, schlug Möbius innere Darreichung zu je 5 g in Wein vor. —

Im Laufe der letzten Monate bot sich im Nürnberger Krankenhaus Gelegenheit, vier Basedow-Kranke, drei Frauen und einen Mann, mit dem Möbius'schen Serum zu behandeln. Die Kranken erhielten jeden zweiten Tag 5 cm³ Serum in Süßwein, das von allen Patienten in dieser Form gerne genommen und durchweg gut vertragen wurde. Vf. gibt kurz die Krankengeschichten zunächst der drei weiblichen Patienten. Als Resultat ergab sich hauptsächlich eine subjektive Besserung des Allgemeinbefindens. Von objektiven Zeichen der Besserung: Hebung des Körpergewichtes, Absinken der Pulsfrequenz, dagegen behielt in allen drei Fällen die Struma die anfängliche Größe. Auch blieben Exophthalmus, Konsistenz und vaskuläre Erscheinungen an der Struma unverändert.

Eklatanter war der Erfolg in dem letzten Fall, bei einem 20-jährigen Mann, der mit ausgesprochenen, typischen Basedow-Symptomen, im Zustand größten körperlichen Elends, ja fast in extremis zur Aufnahme kam. Drei Wochen nach Beginn der Serumbehandlung verließ Patient das Bett. Unter fortgesetzten Serumgaben schritt die Rekonvaleszenz stetig fort. Bei der Entlassung war das Körpergewicht von 46·4 kg auf 54·5 kg gestiegen. Es bestand kaum nachweisbarer Exophthalmus, eine weiche, kaum prominente Thyreoidea. Der Halsumfang hatte um 2·5 cm abgenommen. Vf. hält es für unzweifelhaft, daß das so auffällig günstige Resultat in diesem Fall einzig und allein der Serumbehandlung zu verdanken war.

Die bisher gewonnenen Resultate fordern zu ausgedehnter Verwendung und weiterer Nachprüfung des Serums auf, nachdem sich dasselbe als ein Mittel erwiesen hat, das freilich verbessernde, in gewissen Fällen direkt heilende Wirkung entfaltet. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1905.)

Die Möbius'sche Theorie sieht in der Hyperthyreoidisation die Ursache der Symptome, nicht die Ursache der Krankheit. Folglich, sagt Christens (3): so wie die Basis der Therapie nur eine symptomatische ist, so wirken die Präparate auch nur symptomatisch. Daher ist unsere Therapie nicht eine kurative, die Medikamentation muß dauernd fortgesetzt werden. In Betreff ihrer Wirkungsweise darf man sie wohl als einen Neutralisationsprozeß ansehen. Das heißt: die Therapie wirkt 1. präventiv gegen Fortschreiten der Symptome und verhindert weitere Intoxikation der Organe, 2. durch diese Neutralisation erhalten die Organe eine Art Rekonvaleszens, die pathologisch - anatomischen Destruktionen der Organe vermag die Therapie aber nicht auszugleichen. Aus dem Gesagten folgert Vf.: 1. daß die Therapie eine kontinuierliche ist, 2. daß man nicht außerordentliche objektive Aenderungen findet.

Die subjektiven Beschwerden aber gehen stets zurück. Er hat 18 Patientinnen organotherapeutisch behandelt, in den meisten Fällen mit befriedigendem Resultat, nur in einigen Fällen, wo die Patientinnen nur kurze Zeit in Behandlung standen, ohne wesentliche Besserung. Viele der Patientinnen sind ein Jahr behandelt; sie befinden sich sehr gut.

Nach den Erfahrungen des Vf. bietet die Organotherapie ein gutes symptomatisches therapeutisches Hilfsmittel gegen Morbus Basedowii und soll in allen Fällen angewandt werden, wenigstens bevor man eine Operation vorschlägt. — (Med. Klinik Nr. 5, 1905.)

Bemerkungen über die Verwendung von Nebennierensubstanzen zur örtlichen Analgesierung. Von Dr. P. Salecker in Dieuze.

Vf. hat das Braun'sche Verfahren in etwa 40 Fällen angewandt. Es handelte sich um die verschiedenartigsten entzündlichen Affektionen: Panaritien, Nagelbetteiterungen, Phlegmonen, Furunkel, Karbunkel, Drüsenvereiterung, Zahnkaries; ferner um kleinere Geschwülste (Atherome, spitze Kondylome, Fibrome), Phimose und größere oder kleinere Verletzungen, die chirurgisch versorgt werden müßten. — Das notwendige Instrumentarium ist ein sehr einfaches: Vf. gebrauchte stets nur eine einfache Pravazspritze und eine, nicht zu feine, 5 cm lange Kanüle. Es kommt darauf an, daß die Spritze tadellos sicher schließt und die Kanüle sehr scharf geschliffen ist. Zur Injektion wurden abwechselnd verwendet die Solutio Adrenalini hydrochlorici Takamine von der Zusammensetzung:

Adrenal. hydrochlor.	0·1
Natr. chlorat.	0·7
Chloretone	0·5
Aq. dest.	100·0

und das Suprarenin Höchst. Die Wirkungsweise beider Präparate ist nach der Erfahrung des Vf. die gleiche.

Als Anästhetikum wurde meist nicht das Kokain, sondern fast ausschließlich das Beta-Eukain Schering verwendet in einer Lösung:

Eucain.	0·2
Natr. chlorat.	0·15
Aq. dest.	20·0

Dieses Präparat wurde dem Kokain vorgezogen, einmal, weil es nach vielfachen experimentellen Untersuchungen nur $^1/_4$ so toxisch ist, als jenes, dann, weil es unbegrenzt haltbar ist und durch wiederholtes Auskochen an seiner Wirksamkeit nichts einbüßt — während Kokain nur einmal aufgekocht werden darf — und schließlich, weil es um die Hälfte billiger ist.

Vor jedesmaligem Gebrauch werden beide Lösungen gekocht, dann läßt man sie bis auf Körpertemperatur abkühlen. Hierauf zieht man zunächst einen Teilstrich der 1%igen Adrenalinlösung in die Spritze ein, dann die übrigen neun Teilstriche Eukainlösung. So enthält eine Spritze 0·1 mg Adrenalin. Läßt man nun die in der Spritze befindliche Luftblase ein paarmal hin und her wandern (Stolz), so tritt eine vollkommene Mischung beider Flüssigkeiten ein.

Als Maximaldose des Adrenalins gibt Braun (Zentralbl. f. Chir. Nr. 58, 1903) 0·5 mg an. Man kommt stets damit aus und vermeidet mit Sicherheit unangenehme Zufälle. Von Eukain kann man ohne Schaden 0·1 g verbrauchen, beim Kokain dagegen ist es nicht ratsam, über 0·03 g hinauszugehen.

Mißerfolge hat Vf. nur bei Zahnextraktionen gesehen. Ueble Nachwirkungen konnte Vf. nicht beobachten.

In einer Nachschrift hebt Vf. besonders folgendes hervor: 1. Kleinere Knochenoperationen sind absolut schmerzlos ausführbar, ohne daß das Periost besonders injiziert zu werden braucht. Es dürften daher Versuche bei Empyemoperationen zu empfehlen sein. 2. Bei Zahnextraktionen ist die Methode unter den gebräuchlichen Anästheticis am wirksamsten, jedoch, namentlich am Unterkiefer, durchaus unsicher im Erfolg. 3. Bei Durchschneidung zahlreicher Gefäße sind die größeren Gefäße wegen der Gefahr der Nachblutung zu unterbinden. 4. In sehr lockere Gewebe (Penis) sind möglichst geringe Quantitäten zu injizieren (niemals mehr als 1 cm³), um Oedeme und damit

Verzögerung der Heilung zu vermeiden. — (Deutsche militärärztl. Zeitschr. Nr. 11, 1904.)

2. Nahrungs- und Genußmittel.

Ueber Phytin.

Phytin ist ein vollständig definiertes, von Posternak aus Pflanzensamen isoliertes Phosphorprinzip mit einem Gehalt von 22·8% organisch gebundenem Phosphor.

Chemisch stellt es ein saures Kalzium-Magnesiumsalz einer vierbasischen gepaarten Phosphorverbindung $C_2P_2O_9H_8$ dar, die die Konstitution einer Anhydro-Oxymethylen-Diphosphorsäure besitzt.

$$O\begin{cases} CH\begin{cases} H \\ O.PO(OH)_2 \end{cases} \\ CH\begin{cases} O.PO(OH)_2 \\ H \end{cases} \end{cases}$$

Die Säure wird durch Alkalien sogar bei Siedetemperaturen nicht verseift, durch Mineralsäuren bei 140—150° quantitativ in Inosit und Phosphorsäure nach der Gleichung

$$3\ C_2\ P_2\ O_9\ H_8 + 3\ H_2\ O = \underset{\text{Inosit}}{(OH.CH)\ 6} + 6\ H_3\ PO_4$$

gespaltet.

Die freie Säure ist sirupös. — Das Salz $C_2\ P_2\ O_9\ H_4\ Ca_2 + 2C_2\ P_2\ O_9\ H_6\ Na_4$ kristallisiert in feinen Nadeln.

Näheres in Posternak: „Comptes rendus à l'Académie des Sciences", Séance du 20 Juillet, 3 et 24 Août 1904, et Comptes rendus de la Société de Biologie, 24 Octobre 1904.

Phytin wird von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel (Schweiz) fabriziert und in Gelatinekapseln von 0·25 g und Tabletten von 0·25 g in den Handel gebracht. Es stellt ein weißes, dichtes Pulver dar, das sich langsam, aber vollständig im Wasser löst und einen säuerlichen Geschmack besitzt. Physiologisch wurde es von Gilbert und Posternak[1]) untersucht, pharmakologisch und klinisch von Gilbert und Lippmann[2]), Löwenheim[3]), Fürst[4]), Sécheret[5]) etc. geprüft.

Physiologisches: Phytin ist außerordentlich in der Natur verbreitet, es wurde aus den verschiedensten Samen, Knollen, Rhizomen und Zwiebeln isoliert, wo es offenbar zur Entwicklung des Pflanzenembryos abgelagert ist. Aus den Samen (Zerealien, Leguminosen und Oelsamen) konnte man von 70—90% des Gesamtphosphors in Form von Phytin erhalten und nur 1—7% des Gesamtphosphors in Form von Lezithin. Phytin scheint demnach der Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanze zu sein.

Bei gemischter Kost bildet Phytin 50—70% des Nahrungsphosphors des Menschen.

Pharmakologisches: Letale Dosis per Kilo Tier: Intravenös 0·050 g, intraperitoneal 0·200 g, subkutan 2·500 g, per os 9·500 g. Da ausgedehnte Oedeme und Hautnekrose nach subkutaner Einspritzung auftreten, darf Phytin nicht subkutan angewendet werden.

Zur Erklärung der ausnahmsweise großen Differenz zwischen der intravenösen und intrabukkalen Toxizität stellen Gilbert und Lippmann die Hypothese einer Transformation des Phosphorprinzips bei Durchgang durch das Darmepithelium auf; die proteolytischen Fermente vermögen nicht das Phytin zu zerlegen und die Leber besitzt nicht die Fähigkeit, die Toxizität des Präparats zu vermindern.

Absorption und Assimilierbarkeit: Phytin wird leicht durch den Darmkanal absorbiert und im Gegensatz zu den Mineralphosphaten, Hypophosphyten, Glyzerophosphaten auch assimiliert, d. h. es zeigt die Fähigkeit, den täglichen Verlust des Organismus an Phosphor zu decken.

Gilbert und Lippmann bezeichnen das Phytin als einzige natürliche Phosphorverbindung, die eine reelle, wirksame Phosphortherapie erlaubt.

Wirksame Dosis und Wirkung: Für Erwachsene: 1 g pro die, für

Kinder von 2—6 Jahren 0·25—0·50 g pro die, für Kinder von 6—10 Jahren 0·50—1 g pro die.

Genaue Stoffwechsel-Untersuchungen zeigten, daß eine Dosis von 1—2 g Phytin einen unleugbaren Einfluß auf die allgemeine Ernährung ausübt. Man beobachtet eine Erhöhung des ausgeschiedenen Stickstoffes, die proportional dem früheren Ernährungszustande des Organismus verläuft. Phytin ist also ein den Stoffwechsel anregendes Präparat, ein Kräftigungsmittel.

Klinisch haben alle Autoren eine Anregung des Appetits, eine Verbesserung des Blutzustandes, eine dynamometrisch zu messende Kraftzunahme und eine Erhöhung des Körpergewichtes beobachtet. Das Präparat wird auch von Schwerkranken leicht vertragen und ist angeblich frei von Nebenwirkungen.

Indikation. Die Indikation des Phytins ist diejenige der allgemeinn Phosphortherapie: Neurasthenie, besonders nervöse Schlaflosigkeit, Tuberkulose, Chlorose, in welchen Krankheiten Gilbert und Lippmann, sowie Löwenheim günstige Resultate erzielt haben; Störungen der Schwangerschaft, Laktationszeit, Osteomalazie, Rekonvaleszenzen bei Erwachsenen und Kindern, Rhachitis (Fürst, Sécheret) etc. —

Fortossan ist ein neutrales Phytin-Milchzucker-Präparat in graduierten Täfelchen von 2·5 g. Es eignet sich vorzüglich, um Phytin Kindern unter 2 Jahren einzugeben, da es der Milch zugesetzt und mit derselben sterilisiert werden kann.

Dosierung: Kindern bis zu 2 Monaten täglich 1 Täfelchen, von 2—6 Monaten täglich 2 Täfelchen, von 6—12 Monaten täglich 3 Täfelchen, von 1—2 Jahren täglich 4 Täfelchen.

Fortossan ist indiziert: bei künstlicher Ernährung, bei zu langsamem Wachstum, bei Entwicklungsstörungen der Kinder, bei Rhachitis, Skrofulose, Tuberkulose, bei Rekonvaleszenz.

Preis einer Originalschachtel Phytin Mk. 2·80. Preis einer Originalschachtel Fortossan Mk. 1·60.

Literatur.

[1]) Gilbert und Posternak, La médication phosphorée envisagée au point de vue des échanges nutritifs de l'organisme. Etude critique et expérimentale. L'oeuvre médico-chirurgiale Nr. 36. Masson & Cie., Paris.

[2]) Gilbert und Lippmann, Sur le principe phospho-organique des graines végétales. La Presse Médicale Nr. 69 u. 73, 1904.

[3]) Löwenheim (Berlin), Physiologische und therapeutische Erfahrungen mit dem organischen Phosphor, insbesondere mit „Phytin". Berl. klin. Wochenschr., Nr. 47, 1904.

[4]) S.-R. Dr. Fürst, Berlin, Einige Erfahrungen über das Phytin als Antirhachitikum und als Mittel gegen Psychasthenie. Zentralbl. f. Kinderheilk. H. 11, 1904.

[5]) Sécheret, Thèse de Paris, 1904.

3. Anderweitige Heilbehelfe.
(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

Ueber Jod-Katgut. Von Dr. H. Fuchs.

Vf. berichtet über eine größere Reihe gynäkologischer Operationen, in denen er mit Jod-Katgut reaktionslose Heilung erzielte. Dasselbe ist an Einfachheit und Wohlfeilheit der Herstellung allen anderen Methoden überlegen. Es ist ein zuverlässig keimfreies Präparat, dessen antiseptische Eigenschaften beim Hantieren von Nutzen sind. Sein Jodgehalt übt keine Reizung auf tiefere Wundgebiete (bei Versenkung) aus; es wird in diesen weder zu spät noch zu früh resorbiert. Wegen seiner großen Zugfestigkeit eignet es sich besonders gut als Ligaturmaterial. Zu äußeren Hautnähten ist seine Anwendung zu widerraten. — Die Herstellung ist sehr einfach: Rohkatgut kommt auf Glasplatten oder Spulen in einfacher Lage (!) aufgewunden in eine Lösung von

Kal. jodat. } āā 1·0
Jod. pur. }
Aq. dest. ad 100·0

aus der es nach 8 Tagen keimfrei entnommen werden kann. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29, 1904.)

Wildbäder.

Die Wildbäder sind ausgezeichnet durch sehr geringe Mengen gasiger und fester Bestandteile und durch lauwarme

bis heiße Temperatur (zwischen 20 und 65° C.), in der sie als „natürlich warm“ aus dem Schoße der Erde emporsteigen. Das Wirksame dieser chemisch ziemlich indifferenten Wässer ist zunächst ihre Temperatur. In den meisten Wildbädern (Akratothermen) ist die Kurzeit von Anfang Mai bis Ende Oktober; es bestehen aber fast überall Einrichtungen für Winterkuren. Die Indikation richtet sich nach dem wärmeentziehenden oder wärmesteigernden Einfluß der Bäder. Bei Schwächezuständen, Altersschwäche, bei verzögerter Rekonvaleszenz, Neurasthenie, Hysterie, manchen Formen von Neuralgien und Krampfformen, beginnender Tabes, Lähmungen, rheumatischen und gichtischen Exsudaten, bei einer Reihe von Hautkrankheiten, Dysmenorrhöe, sexueller Neurasthenie, Residuen von Entzündungen und Traumen etc. sind die Akratothermen indiziert. Die hauptsächlichsten Wildbäder sind die folgenden:

	Grad Celsius
Badenweiler	26·4
Bormio	41
Brennerbad	22.5
Bains	30—50
Bath	42—47
Daruvar	42—47
Gastein	24—48
Hofgastein	28—32 (39)
Johannisbad	29
Krapina-Töplicz	37—43
Landeck	22—29
Liebenzell	22—27
Luxeuil	28—52
Neris	41—45
Neuhaus	24—37
Neumarkt	8
Pfäffers	37·5
Plombieres	12—60
Ragaz	29—35
Schlangenbad	28—32·5
Römerbad	37·5
Teplitz	28—46
Tobelbad	24—28·8
Trarbach	35
Tüffer	33—37
Warmbrunn	25·2—43·1
Warmbad	29
Wiesenbad	23
Wildbad	33—40

4. Rezeptformeln.

Gegen Psoriasis und Ekzem:

Rp. Gallanol. 10·0
Spir. 50·0
Liq. ammon. caust. 1·5
D. S. Mit einem Pinsel aufzutragen.

Bei hysterischen Magenbeschwerden und Magenkrämpfen:

Rp. Fol. meliss.
Fol. menth. pip. } āā 25·0
Fruct. anisi
Fruct. coriandri } āā 10·0
M. f. Species. S. Tee.

Bei Herzkrankheiten:

Rp. Digitoxin. Merck 0·01
Aq. dest. 15·0
Alkohol. abs. 5·0
D. S. ½—1 Spritze subkutan.

Keuchhusten im Stadium catarrhale nach Liebermeister:

Rp. Stibii sulf. aurant. 0·5
Mucil. Gummi arab. 20·0
Aq. dest. 50·0
Syr. simpl. 20·0
D. S. Ein- bis zweistündlich ein Kaffeelöffel voll.

Pharyngitis sicca behandelt Danet mit

Rp. Tinct. jodi 0·3
Acid. carbol. 0·25
Tinct. Aloës 0·5
Tinct. thebaica gtt. X
Glycerin. 30·0
D. S. Zum Pinseln.

Adstringens für Kinder:

Rp. Argillae depur. 1·0
Aq. dest. 80·0
Syr. ad 100·0
D. S. Zweistündlich ein Kinderlöffel voll.

Die Salbenrezepte der „Formulae magistrales Berolinenses“.*)

Unguentum contra decubitum:

*) Siehe Heft 2, Seite 107.

Rp. Zinci sulf. 2·5
Plumb. acetic. 5·0
Tinct. Myrrh. 1·0
Vaselin. american. ad 50·0
M. f. ungt. 1 Dos. = 0·81 Mark, ½ Dos. = 0·71 Mark.

Unguentum contra Perniones seu camphoratum:
Rp. Camph. trit. 5·0
Vaselin. american. ad 50·0
1 Dos. = 0·73 Mark, ½ Dos. = 0·75 Mark.

Unguentum diachylon carbolisatum:
Rp. Acid. carbol. liquefact. 1·0
Ungt. diachyl. ad 50·0
M. f. ungt. 1 Dos. = 1·19 Mark, ½ Dos. = 0·82 Mark.

Unguentum Ichthyoli:
Rp. Ammon. sulfo-ichthyol. 5·0
Vaselin. american. ad 45·0
M. f. ungt. 1 Dos. = 1·13 Mark, ½ Dos. = 0·77 Mark.

Unguentum Jodi:
Rp. Jodi 0·5
Kali jodat. 2·5
Aq. dest. 2·0
Adip. suil. ad 25·0
1 Dos. = 0·90 Mark, ½ Dos. = 0·73 Mark.

Unguentum jodoformii:
Rp. Jodoform. 2·5
Vaselin. american. ad 25·0
1 Dos. = 0·77 Mark, ½ Dos. = 0·59 Mark.

Unguentum ophthalmicum:
Rp. Hydrarg. oxydat. via hum. par. 0·1
Vaselin. american. ad 10·0
D. S. Augensalbe. 1 Dos. = 0·50 Mark.

Unguentum rubrum sulfuratum:
Rp. Hydrarg. sulfurat. rubri 0·5
Sulfur. sublim. 12·5
Ol. Bergamott. 0·5
Vaselin. american. ad 50·0
1 Dos. = 0·79 Mark.

Unguentum Veratrini:
Rp. Veratr. 0·25
Ol. olivar. 0·5
Adip. suil. ad 25·0
1 Dos. = 0·78 Mark, ½ Dos. = 0·60 Mark.

Unguentum Wilkinsonii seu contra scabiem:
Rp. Cret. alb. praepar. 10·0
Sulf. subl. }
Olei Rusc. } āā 15·0
Sapon. kalin. venal. }
Adip. } āā 30·0
M. f. Ungt. 1 Dos. = 0·86 Mark.

Unguentum Wilsonii:
Rp. Zinc. oxyd. pro usu ext. 5·0
Adip. benzoati ad 50·0
1 Dos. = 0·90 Mark, ½ Dos. = 0·68 Mark.

5. Behandlungsmethoden.

Technik der Jodipin-Injektion. Von Felix Pinkus in Berlin.

Die Injektionen von Jodipin werden am besten in den Rücken oder das Gesäß gemacht. Man beginnt mit der Injektion von 1 cm³ 10%igem Jodipin und kann, wenn diese geringe Menge ohne lokale und allgemeine Beschwerden ertragen wird, täglich steigen (2, 5, 10, 20 cm³) bis zu 20 cm³ und mehr des starken Präparats. Die größeren Oelquanten werden mit einer 20 cm³ fassenden Ultzmannschen Spritze eingeführt, auf die eine Stahlkanüle von dem Kaliber der für Seruminspritzungen üblichen paßt. Das dickflüssige starke Jodipin stellt man kurze Zeit vor der Benützung in warmes Wasser, wodurch es dünner und leichter injizierbar wird. Die Injektion kann, je nach der Verträglichkeit, zweimal wöchentlich bis täglich ausgeführt werden. Schmerzen nach der Injektion sind fast nie vorhanden, obwohl auch in dieser Beziehung Ausnahmen vorkommen, welche sogar zuweilen vom weiteren Gebrauch des Mittels Abstand zu nehmen zwingen. Eine leichte, 2—3 Tage anhaltende Empfindlichkeit um die Injektionsstelle ist bei größeren Mengen, auch bei vorsichtigster und langsamster Einspritzung, die ganz allmählich das Gewebe entfaltet, vorhanden. Ab und zu treten bei besonders empfindlichen Kranken die Erscheinungen der Jodakne ein, selten, aber dann umso hartnäckiger. Größte Vorsicht ist zur Vermeidung von Embolien geboten. Ganz besonders ist die Beachtung aller

Vorschriften bei Injektion in die Glutäalgegend von nöten. Es gelten hier die Regeln, die für ungelöste Quecksilberinjektionen im Gebrauch sind. Die Injektion wird im Liegen (Bauchlage) vorgenommen. Die Kanüle soll nicht zu tief, höchstens bis in die oberflächlichen Muskellagen, eindringen. — (Med. Klinik Nr. 8, 1905.)

Intravenöse Kollargolinjektionen bei septischen und infektiösen Krankheiten. Von Dr. Rittershaus.

Vf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die intravenöse Anwendung des Kollargols bei einer großen Zahl septischer und infektiöser Krankheitszustände beeinflußt Temperatur, Herztätigkeit und Allgemeinbefinden günstig. 2. Bei allgemeinen pyämischen Erkrankungen ist auch in Fällen, wo keine dauernde Heilung erzielt wird, doch die jedesmalige Anwendung des Kollargols von einer so auffälligen Besserung gefolgt, daß sie schon deshalb durchaus geboten erscheint. 3. Auf Erysipel hat Kollargol einen direkt heilenden Einfluß. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 7, 1904.)

Argentum colloidale Credé.

Das Argentum colloidale Credé wird bei Erysipel und septischen Zuständen angewendet:

1. in Salbenform: (Arg. colloid. 15·0, Aq. dest. 5·0, Cer. alb. 10·0, Axung. porc. benzoat. 70·0) bei Erwachsenen täglich 3 g, bei Kindern 1 g am Rücken, Gesäß oder Oberschenkel 25—30 Minuten lang einzureiben;

2. intern, in Form von Pillen: (Arg. colloid. 0·01 mit Milchzucker, Glyzerin und Wasser q. s.) In akuten Fällen 2—3mal täglich je 2 Stück bei leerem Magen. Es soll Tee oder abgekochtes Wasser nachgetrunken werden.

Zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe mittels Albargin. Von Dr. Schourp in Danzig.

Es gelang Vf., durch eine je einmal an zwei aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommene Injektion von 3%iger Albarginlösung in 16 von 18 Fällen akuter „Gonorrhoea anterior“ die Gonokokken dauernd zum Verschwinden zu bringen. In den folgenden Tagen ließ er die Patienten abwechselnd zweimal täglich zu Hause eine Injektion von Albargin 0·3:100—150—200 Aq. dest. und von „Injectio composita“ (Formul. magistral. Berolinens.*) vornehmen. In durchschnittlich zehn Tagen verschwand der Fluor völlig und in durchschnittlich 16 Tagen wurde völliges Abheilen des Krankheitsprozesses erreicht. In keinem der 16 Fälle kam es zu Komplikationen, trotzdem die Kranken ihre berufliche Tätigkeit, welche bei zweien mit täglichem mehrstündlichen Reiten verbunden war, in keiner Weise einschränkten. In 6 Fällen verordnete Vf. nebenbei noch drei- bis viermal Gonosan, weil innerliche Medikation ausdrücklich gewünscht wurde, ohne daß hiedurch eine auffällig günstigere Wirkung erzielt wurde. — (Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene Nr. 1, 1905.)

Radikalkur der Ptosis der Bauchorgane durch Galvano-Faradisation.

Deschamps verwirft die Behandlung der Senkung der Bauchorgane mit Binden und ersetzt sie durch die Galvano-Faradisation des Bauches. Diese wird täglich oder jeden zweiten Tag vorgenommen. Zuerst wird auf den Leib ein galvanischer Strom von 30—40 M.-A. appliziert, bis die Haut intensiv rot wird; dann läßt man den galvanischen Strom auf den Punkt einwirken, wo es am leichtesten ist, die Bauchmuskulatur zur Kontraktion zu bringen, so daß 10—20 Muskelzuckungen pro Sekunde und schließlich Muskeltetanus entstehen. Mit diesem Verfahren will Vf. bei leichten Fällen in etwa zehn Tagen, bei schwereren in 1—3 Monaten Heilung erzielt haben. — (Société de therapeutique, Paris; Sitzung vom 23. Nov. 1904. Ref. n. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2, 1905.)

Bei der Behandlung des Morbus Basedowii hat Krüche (München) mittels Herzerschütterung bei 7 von 9 Fällen recht befriedigende Erfolge erzielt.

---

*) = Zinc. sulf., Plumb. acetic. āā 1·0, Aq. dest. ad 200·0. 1 Dos. = 0·55 Mark, ½ Dos. = 0·50 Mark

6. Nebenwirkungen von Arzneimitteln.

Ueber Sulfonal- und Trionalvergiftung. Von Friedr. Binoth.

Im Jahre 1896 wurde v. Mehring (Therap. Monatsh., Aug. 1896) von 16 Autoritäten auf eine Anfrage geantwortet, daß sie mit dem Trional günstigere Erfolge erzielt hätten, als mit dem Sulfonal. Dasselbe wirke schneller, sicherer und Nebenwirkungen träten nicht so oft auf wie beim Sulfonal. „Diesem Urteil wird man sich anschließen dürfen, wenn man die Anzahl und die Schwere der Vergiftungen bei beiden vergleicht und in Betracht zieht, unter welchen Umständen sie zustande gekommen sind.“ Vf. erklärt das Trional für das beste Schlafmittel. (? Ref. Hedonal, Veronal, Isopral!) — (Inaug.-Diss., Freiburg i. Br. 1903.)

Ueber Theozinvergiftung berichtet E. Allard (aus der med. Klinik in Greifswald.) Er sah zwei Todesfälle eintreten nach mäßigen Gaben des Mittels bei zwei Patienten mit Herzinsuffizienz und Stauungserscheinungen. In der Magenschleimhaut fanden sich zahlreiche punktförmige Blutungen. Bei experimenteller Verabreichung an Tiere traten sie ebenfalls auf. Ebenso traten epileptiforme Krämpfe und trübe Schwellung an verschiedenen Organen auf, weshalb das Mittel außer Gebrauch gesetzt wurde. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 80, H. 5 u. 6, 1904.)

Die hämolytische Wirkung des Sublimats. Von Dr. L. Detre und Dr. J. Sellei. (Aus dem Laboratorium des Instituts Jenner-Pasteur in Budapest.)

Vf. kommen zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Das Sublimat gehört zu den roten Blutzellengiften, da dasselbe bei einer gewissen Konzentration Hämolyse hervorruft; allzu starke Lösungen fixieren die Blutkörperchen, allzu schwache lösen sie bloß teilweise oder gar nicht. Zwischen beiden Grenzen liegt die „Lösungszone“ des Sublimats. 2. Die Stärke der Hämolyse ist von der Wirkungsdauer und der Temperatur abhängig. 3. Der Hämolyse geht ein Inkubationsstadium voraus. 4. Die Grenztiter normaler Individuen sind nahezu konstant; syphilitische Individuen weisen scheinbar größere Schwankungen auf, insbesondere wenn sie mit Quecksilber behandelt werden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30, 1904.)

7. Varia.

Einiges über den Gebrauch des Morphiums bei Herzkranken. Von Dr. K. Graßmann in München.

Nach den Darlegungen des Vf. besteht kein Grund, innerhalb der gebräuchlichen therapeutischen Dosen das Morphium als Herzgift anzusehen und deshalb seine Anwendung bei Herzkranken prinzipiell zu verwerfen. Die plötzlichen Todesfälle, welche sich bei morphinisierten Herzkranken dann und wann ereignen, müssen im allgemeinen mit jenen in eine Linie gestellt werden, welche bei richtig geleiteten Chloroformnarkosen infolge der Herzlähmung eintreten. Ueber die Indikationen des Morphiumgebrauches bei den verschiedenen Formen der Herzkrankheiten gehen die Ansichten der Autoren noch beträchtlich auseinander. Die Anwendung des Morphiums bei Herzschwachen und Herzkranken erheischt bei gleichzeitigem Bestehen erheblicher Erkrankungen der Respirationsorgane und akuten Prozessen des Endo- und Myokards Vorsicht. Bei rein nervösen Herzbeschwerden, speziell bei nicht organisch bedingter Angina pectoris, ist die Anwendung des Morphiums im Rahmen seiner allgemeinen Indikationen unbedenklich. Bei organisch basierter Angina pectoris, bei Stenokardie sind kleine Dosen erlaubt, bezw. indiziert. Für unbedingt indiziert erklärt Vf. das Morphium zur augenblicklichen Hilfeleistung bei schweren Formen von Asthma bronchiale. Ferner besteht da eine Indikation des Morphiumgebrauches, wo Digitalis und andere Herzmittel ihre Wirksamkeit nicht entfalten oder bereits ganz eingebüßt haben. Eine wichtige Rolle spielt das Morphium als präparatorisches Mittel vor der Digitaliskur bei sehr erregten und heruntergekommenen Herz-

kranken. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28, 1904.)

Hat die Gelatine einen Einfluß auf die Blutgerinnung? Kritische und experimentelle Untersuchungen. Von H. Kaposi. (Aus dem pharmakol. Institut in Heidelberg.)

Die Gelatine hat eine die Blutgerinnung beschleunigende Wirkung, die sich im Tierexperiment durch den Antagonismus gegen das gerinnungshemmende Hirudin einwandfrei nachweisen läßt. Zur lokalen Applikation kann sowohl die bei Zimmertemperatur starre, wie die gelatosenreiche, bei dieser Temperatur flüssige „Gelatina sterilisata" Anwendung finden. Zur subkutanen Anwendung empfiehlt sich die gewöhnliche erstarrende Gelatine vor der weniger wirksamen flüssigen „Gelatina sterilisata". Die Sterilisation der Gelatine hat nach der Methode von P. Krause zu geschehen, d. h. an fünf aufeinander folgenden Tagen bei 100° C. im Dampftopf je eine halbe Stunde lang. — (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 13, H. 3, 1904.)

Diphtherie-Serum mit den Kontrollnummern 714 bis 716, 718 bis 720, 722 bis 726 aus den Höchster Farbwerken, mit der Kontrollnummer 71 aus dem Serum-Laboratorium von Rüte-Enoch in Hamburg und den Kontrollnummern 63, 65 bis 67 aus der Merck'schen Fabrik in Darmstadt ist zur Einziehung bestimmt worden.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Lobelia inflata. Von Georg Tietze.

Als Hauptangriffspunkt der Lobelia im gesunden menschlichen Organismus ergaben sich bei den Versuchen des Vf. mit der verdünnten Tinktur das Herz, das Nervensystem, die quergestreifte Muskulatur, der Darm, sowie die ausführenden Harnorgane. Im Gegensatz zu den sonstigen Kenntnissen von der Wirkung der Lobelia konnte von Tietze eine deutliche Affektion des Respirationstraktus nicht wahrgenommen werden. Neu ist von den Ergebnissen des Vf. die Steigerung der Pulsfrequenz. Die offizinelle Lobeliatinktur, auf das Zehnfache verdünnt, ließ in einer Dosis von 350 Tropfen, entsprechend 35 Tropfen der unverdünnten Tintkur, im Zeitraum von 4 Wochen konstant die Pulszahl in die Höhe gehen. — (Inaug.-Diss., Greifswald 1903.)

Ist destilliertes Wasser ein Gift? Von A. Winckler in Bad Nenndorf. (Vortrag, gehalten auf der XIII. Jahresversammlung des allgemeinen deutschen Bäderverbandes zu Bad Kreuznach am 7. Oktober 1904.)

Die vom Vf. angeführten Tatsachen genügen, davon zu überzeugen, daß destilliertes Wasser kein Gift, sondern ein unschädliches, unter Umständen sogar heilkräftiges Getränk ist. Vf. erinnert daran, daß die Bevölkerungen ganzer Ortschaften, ja großer Städte, wie Konstantinopel, Venedig und Kadix, ausschließlich oder doch vorwiegend das von den Dächern abgelaufene, in Zisternen gesammelte Regenwasser trinken. Regenwasser ist nichts anderes, als von der Natur selbst „destilliertes" Wasser, ebenso frei von festen Bestandteilen, wie das Wasser aus einem Destillierapparat. Namentlich nach längeren Regengüssen ist Regenwasser aus Zisternen destilliertem Wasser absolut gleich an chemischer Reinheit. — (Balneol. Ztg., Nov. 1904.)

Kurpfuscherei.

Wie groß der Umfang ist, welchen die Kurpfuscherei in Deutschland seit 1869 genommen hat, in welchem Jahre die Ausübung der Heilkunde freigegeben wurde, ergibt sich daraus, daß in Preußen die Gesamtzahl derjenigen Personen, welche, ohne approbiert zu sein, die Heilkunde gewerbsmäßig ausüben, 4104 betrug, daß auf 100 Aerzte 22·8 Pfuscher kamen, und von 1897—1902 die Zunahme der Bevölkerung in Berlin 30, die der Kurpfuscher 57% betrug. — In Deutschland bestehen nicht weniger als 835 Naturheilvereine mit 111.887 Mitgliedern; im Verlauf von drei Jahren wurden nicht weniger als 392.000 Naturheilflugblätter verteilt, im Jahre 1902 wurden 3056 öffentliche Vorträge über den Wert der

Naturheilmethode abgehalten. Eine der Naturheilkunde dienende Zeitschrift hat eine Auflage von 112.000 Exemplaren! Das Lehrbuch des Naturheilgeschäftsmannes Bilz ist in einer Auflage von 1,000.000 Exemplaren auf den deutschen Büchermarkt geworfen worden, dasjenige seines ehemaligen Kommis und Geschäftsfreundes Platen in einer Auflage von 250.000 Exemplaren. Gegenüber einer solchen Organisation kann nur die Staatsgewalt wirksam auftreten, der Freund des Volkes bleibt ein Rufer in der Wüste. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 44, 1904.)

Von der Strafkammer in Allenstein wurde eine „weise Frau", welche mit Froschfett und Sympathiemitteln alle möglichen Krankheiten behandelte, wegen Betrug zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt.

Vom Landgericht in Braunschweig wurde ebenfalls wegen Betruges ein „Heilkünstler", dessen Arzneischatz in Hoffmann'schem Lebensbalsam und einer Mixtur aus Schnecken, Igeln und Kampfer bestand, zu 15 Monaten Zuchthaus und zweijährigem Ehrverlust verurteilt.

Ein Herr Dr. med. Ruland in Pyrmont empfiehlt sich zur brieflichen Behandlung des Morphinismus. „In Fällen, in welchen Patienten häuslicher Verhältnisse halber nicht abkömmlich sind, bin ich auch zu einer brieflichen Behandlung bereit. Ich berechne alsdann für die ganze Kurdauer Mk. 120 und versende jedesmal Gegenmittel, sowie den genauen Heilplan für zehn Tage gegen Nachnahme von Mk. 20, worin eine jedesmalige Untersuchung des Urins eingeschlossen ist." — (!!! Die Red.)

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Bericht von Schimmel & Co. in Miltitz. 2 Bände, April 1904; Oktober 1904.

Elektromedizinische Apparate und ihre Handhabung. Von Reiniger, Gebbert & Schall. Erlangen 1905. 9. Auflage. 423 Seiten.

Pathologie und Therapie der Niereninsuffizienz bei Nephritiden. Auf Grund eigener Untersuchungen von Dr. G. Kövesi und Dr. W. Roth-Schulz, mit einer Vorrede von Prof. A. v. Koranyi. Leipzig 1904. Verlag von G. Thieme. 284 Seiten. Preis 7 Mk.

Bücher-Anzeigen.*)

Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin im In- und Auslande. Herausgegeben von W. Ebstein und E. Schreiber. Bericht über das Jahr 1901. 2. Heft. (1. Bogen 11—20.) Stuttgart 1904. Verlag von Ferdinand Enke.

Das vorliegende zweite Heft des „Jahresberichtes" bringt die Uebersicht über die Nasenkrankheiten zu Ende und fährt weiter fort mit der Besprechung der Affektionen des Respirationstraktus. Die mit wahrem Bienenfleiß zusammengetragene Arbeit dieses Jahresberichtes wird jeden Spezialisten mit Sehnsucht die Bearbeitung seines Faches erwarten lassen. Hoffentlich folgen sich die Hefte nun in beschleunigtem Tempo. Die Herausgeber verdienen redlich, durch Zusendung von Literatur unterstützt zu werden; dem Verlag gebührt erneut Anerkennung für die Ausstattung.

Dr. Fritz Loeb, München.

La Pelade par A. Chatin et F. Trémolières. Encyclopédie des Aide-Memoire. Paris. Masson et Co.

In dem wissenschaftlichen Hilfsbücherzyklus, der seit einer Reihe von Jahren die verschiedensten Disziplinen mit fachmännischen Besprechungen aktueller Probleme bereichert, bringen die aus der Schule Saint-Louis hervorgegangenen Autoren das interessante Thema des umschriebenen Haarschwundes in seiner

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

heutigen ätiologischen und pathogenetischen Fassung zur Diskussion. In bunter Aufeinanderfolge haben im Verlaufe der letzten Jahrzehnte die Anschauungen über die Herkunft der Alopecia areata gewechselt, wobei teils der Parasitismus, teils die trophoneurotische Provenienz des Uebels die stärkste Betonung fanden. Die Autoren selbst stellen sich in den Dienst der Auffassung von Jaquet, der bekanntlich in seinen jüngsten Untersuchungsreihen den Haarschwund als den lokalen Ausdruck von zentralen Störungen anspricht.

Zur Verfechtung dieser Lehre hat J. in geistvoller Exposition ein weitläufiges Beweismaterial zustande gebracht und, wie wir sehen, mit seinen Ansichten auch Schule gemacht. Trotz dieser von Haus aus einbekannten Lehrmeinung, sehen wir jedoch den reichen, zur Abhandlung gebrachten Stoff in objektivster Weise gewürdigt und alle Theorien, Argumente und Anhaltspunkte namhaft gemacht, welche zu einer abweichenden Beurteilung des Wesens der einschlägigen Erkrankungsformen geführt haben oder zu weiteren Schlüssen anregen könnten.

Dem wird schon mit der genauesten Beschreibung der Symptomatologie und Anatomie des Prozesses und der breitesten Erörterung aller Handhaben Rechnung getragen, welche als Stützen der parasitären These zu betrachten sind. Es ist ja nicht uninteressant, daß in Jaquets unmittelbarer Nähe die mächtigsten Streiter stehen, die, wie Sabouraud, an der Hand mikrobieller Befunde und klinischer Hinweise eher zur parasitären Annahme hinneigen. Zweifellos zutreffend ist es, daß die experimentelle Uebertragung von Mensch zu Mensch niemals gelungen ist, anderseits aber sind so und soviel Epidemien bekannt geworden, in deren Verlaufe Krankheitsbilder zur Entwicklung kamen, die sich in nichts von der idiopathischen Form der Alopecia areata unterschieden.

Unter den Beweisen der neurotischen Theorien wieder, werden die experimentelle Erzeugung des Leidens, sein Auftreten im Gefolge von Nervenstörungen etc. wirksamst ins Feld geführt.

Jaquets Postulat der „Dentalirritation“, das seitens der Autoren so innig begründet wird, dürfte indes noch manchen Anprall zu bestehen haben, ehe es zum Zeichen einer eigenen Form der Alopecia areata, der sogenannten Pelade de Jaquet (nach dem Vorschlage Freys) vorrücken wird.

Die Unterscheidung verwandten Prozessen gegenüber, die Prognose sowie die Therapie, haben die Vf. aufs sorgsamste berücksichtigt und werden mit diesen Abschnitten der Besprechung bei den Praktikern sicherlich den reichsten Beifall ernten. In der oft endlos langen Zeit, in der die Patienten vergeblich auf das mit Bestimmtheit vorhergesagte Nachwachsen der Haare warten, kann ein reicher Vorrat von medikamentösen und physikalischen Prozeduren nur bestens erwünscht sein — im Anschlusse an ihre Applikation pflegt ja dann meist doch die spontane Regeneration des Kapillitium an den kahl gewordenen Stellen vor sich zu gehen. Im übrigen wollen wir der Allgemeinbehandlung (Eisen, Arsenpräparate, Hydrotherapie etc.) und den irritierenden topischen Maßnahmen (Jod, Kantharidentinktur, Milchsäure, Chrysarobin, Sublimat, Petroleum, Teer), sowie der Massage, Faradisation und Phototherapie keineswegs den unterstützenden Wert völlig absprechen.

Eine komplette Bibliographie, sowie zahlreiche interkalierte Illustrationen ergänzen den praktischen und fachmännischen Wert dieser Akquisition des Hauses Masson. N.

Berichtigung.

*Wir werden von der **Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Bern** ersucht, zu berichtigen, daß die auf Seite 73 des Zentralblattes befindliche Mitteilung „das **Jez'sche Antityphusserum** werde vom ‚**Berner Gesundheitsamte**‘ hergestellt“, unrichtig ist. Ein solches Amt existiere nicht und wird genanntes Serum von einer Aktiengesellschaft „Schweizerisches Serum-Impfinstitut“ hergestellt.*

Die Redaktion erlaubt sich jedoch festzustellen, daß dieser Irrtum nicht Schuld ihres Referenten sei, sondern vielmehr bereits in der zitierten Originalmitteilung Prof. Einhorns enthalten ist.

Die Redaktion.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



(Aus der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität in Berlin; Leiter: Geh. Rat Prof. Dr. Brieger.)

Zur therapeutischen Verwendung der Heißluftdusche.

Von Stabsarzt Dr. **Boeder**.

Die Anwendung heißer Luft in Form von Duschen hat mehr und mehr Verbreitung gefunden und besonders ist Frey unter Hervorhebung seiner Heißluftdusche noch in letzter Zeit für diese Therapie eingetreten. Einer allgemeinen Einführung der Frey'schen Dusche stehen verhältnismäßig große Kosten entgegen und sind deshalb Ersatzapparate geschaffen. Sie leiden jedoch nach Frey mehr oder weniger an schwerwiegenden Mängeln, von denen er geringe Luftmenge, Fehlen eines Thermometers, Unmöglichkeit der Dosierung des Luftstromes nach Stärke und Temperatur, sowie Verunreinigung der Luft durch Verbrennungsgase hauptsächlich hervorhebt.

Gegenwärtig wird durch Hahn-Braunschweig eine neue Heißluftdusche in Vertrieb gebracht, die soeben von Schlee in der deutschen medizinischen Wochenschrift (Nr. 8) beschrieben und seit einiger Zeit in der hydrotherapeutischen Anstalt zur Anwendung gekommen ist. Auch diese Dusche erfüllt die Frey'schen Forderungen nicht, da sie des Thermometers wie der genauen Dosierung entbehrt. Es ist indessen Hahn beizustimmen, daß es wenig Zweck hat, am Apparat selbst einen Thermometer anzubringen, vielmehr darauf ankommt, zu wissen, wie heiß die Luft an der Einwirkungsstelle ist. In dieser Beziehung ist beim Hahn'schen Apparat die Temperatur für eine jede Entfernung dauernd festgelegt, da die Dusche nach etwa 2—3 Minuten Anwärmungszeit konstante Temperatur aufweist. Somit wird indirekt durch größere oder geringere Annäherung der Dusche auch jedesmal eine bestimmte Abstufung in der Temperatur erreicht. Eine Aenderung in der Stärke des Luftstromes ist dagegen bei gleichem Wärmegrade unmöglich, doch erscheint es fraglich, ob überhaupt dieser Eigenschaft eine besondere therapeutische Wirkung beizumessen ist. Mehr Gewicht dürfte auf das Fehlen eines kalten Luftstromes zu legen sein, der am Frey'schen Apparat behufs Erzielung einer Kontrastwirkung vorhanden ist.

In der Anstalt kam es im wesentlichen darauf hinaus, die praktische Brauchbarkeit der Hahn'schen Dusche an sich und ihren etwaigen Wert in der Krankenbehandlung zu erproben, ohne daß vergleichende Untersuchungen mit anderen Duschen oder weiteren Heilmethoden in Frage standen.

Was die Einrichtung der Dusche selbst betrifft, so sind schon Aenderungen zum Teile nach bekanntem Muster vorgenommen, die zweifellos eine Vervollkommnung bedeuten. Die Aufstellung der Dusche geht einfach vonstatten, doch ist Schlee gegenüber zu betonen, daß die Handhabung mittels des Metallgriffes auf die Dauer keineswegs leicht erscheint. Wegen der schnellen und starken Erwärmung bedarf die Dusche durchaus einer Schutzhülle, umsomehr, als bei gleichzeitiger Ausführung der Massage Berührungen nicht sicher zu vermeiden sind. Um allen Eventualitäten vorzubeugen, dürfte bei Benutzung dieser Heißluftdusche das Tragen von Gummischuhen für Arzt und Patient empfehlenswert sein. Zu Zeiten war die Geräuschentwicklung ziemlich unangenehm, ohne daß sich hiefür eine Ursache ermitteln ließ. Die tägliche Inanspruchnahme wurde auf etwa drei Stunden ausgedehnt; die dadurch her-

vorgerufene sehr starke Erhitzung bedingte wenigstens hin und wieder Störungen im Betriebe und erscheint die Dusche für eine derartig lange Benutzung nicht ausreichend genug.

Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 10—25 Minuten wirkte die Dusche teils vom Stativ aus, teils wurden strich- und kreisförmige Bewegungen mit dem Handgriff ausgeführt. Im ersteren Falle wurde die betreffende Körperstelle ruhig gehalten oder ebenfalls bewegt. Hienach schwankten die Entfernungen zwischen 10—25 cm, die entsprechenden Temperaturen zwischen 90 und 60°. Höhere Wärmegrade wurden nicht ertragen, doch ist bei Benutzung der Schlauchdrüse ein schnelleres Kreisen des Luftstromes und damit eine Anwendung höherer Temperaturen nicht ausgeschlossen.

Die Wirkung der Dusche war eine gleichartige. Verhältnismäßig schnell trat starke Hautrötung auf, die in Abstufungen eine Stunde hindurch und länger anhielt. Zur Schweißbildung auf der bestrahlten Fläche kam es wegen des starken Luftstromes nicht, doch machte sich im Anschluß an die Behandlung öfters ein mehr oder weniger ausgebreitetes Schwitzen geltend. Blutdruckmessungen, in einzelnen Fällen ausgeführt, ergaben keine auffallenden Unterschiede. Die Schmerzhaftigkeit nahm unter der Heißluftdusche meistens ersichtlich ab und auch die Massage wurde leichter ertragen. Unangenehme Empfindungen wurden durch die Duschebehandlung nicht ausgelöst, doch war bei Gesichtsbestrahlung ein starker Augenschutz notwendig.

Von Krankheiten, die mit dem Heißluftstrom behandelt wurden, sind zunächst Hautaffektionen zu nennen. Zwei Fälle von Akne, deren einer äußerst hartnäckig verlief, wurden durch die Dusche zwar langsam, doch entschieden günstig beeinflußt. Auch eine ausgebreitete Schuppenflechte erwies sich dieser Behandlung zugänglich und trat der Erfolg angeblich schneller ein, als bei einer früheren Lichtbehandlung. Dagegen war bei einem stark nässenden Gesichtsekzem eine Aenderung nicht zu erzielen.

Nach den in der Anstalt gemachten günstigen Erfahrungen mit Lichtbestrahlung bei Neuralgien oberflächlich gelegener Nerven lag es nahe, bei derartigen Erkrankungen auch die Heißluftdusche zu versuchen. Drei Kranke mit Brachial-, bezw. Kruralneuralgie zeigten hiebei schnelle Besserung. Sowohl mit wie ohne Anwendung der Massage ließ die allgemeine Schmerzhaftigkeit wesentlich nach, die Empfindlichkeit der Druckpunkte wurde geringer, Sensibilitätsstörungen schwanden fast ganz und auch die Muskelkraft nahm wieder zu. Ein akuter Fall von einseitiger Ischias widerstand allerdings vollkommen dieser Behandlung und erst der Dampfstrahl erwies sich als wirkungsvoll.

Gelenkserkrankungen wurden ebenfalls mit wechselndem Erfolge behandelt. Bei Arthritis deformans wurden die vorhandenen Schmerzen einmal sicherer und schneller vermindert als es auf hydrotherapeutischem Wege möglich war und auch bei chronischen Gelenksrheumatismen war eine günstige Wirkung wahrzunehmen. Geringe und nur vorübergehende Besserung fand sich bei mehreren gonorrhoischen Gelenksentzündungen, die indessen auch anderen Heilmethoden hartnäckig trotzten.

Sind die in Behandlung genommenen Krankheitsfälle nur gering an Zahl, auch nicht sehr abwechslungsreich, so ist doch auf Grund der bisherigen Erfahrungen schon soviel auszusagen, daß die Hahnsche Heißluftdusche für therapeutische Zwecke sehr wohl verwendbar ist. Auch Schlee hat bereits, neben einer günstigen Einwirkung auf parenchymatöse Blutungen Erfolge bei Gelenkserkrankungen und Neuralgien gesehen. Die Hahn'sche Dusche kann daher in gewissem Grade als ein brauchbarer Ersatz der wesentlich teueren Frey'schen Dusche angesehen werden, wenn sie auch größeren Anforderungen nicht gewachsen erscheint und bezüglich der Vollkommenheit der Frey-schen Dusche entschieden nachsteht.

Oleum Terebinthinae gegen septisch-pyämische Krankheitsprozesse.

Von Dr. **Kappesser** in Darmstadt.

Bröses Vortrag, abgedruckt in Nr. 44, Jahrg. 1904 der deutschen med. Wochenschrift, über „künstliche Eiterung nach der Methode Fochiers bei pyämischen Prozessen", veranlaßt mich, eines kleinen Aufsatzes zu gedenken, welchen ich in Nr. 26, Jahrg. 1887 des Zentralbl. f. klin. Med., also fast fünf Jahre vor der ersten Verlautbarung Fochiers (Lyon medical 1891) veröffentlicht habe und dessen Schlußsatz wörtlich lautete: „Sollte dem Terpentinöl nicht überhaupt noch eine Rolle bei septisch-pyämischen Prozessen zu spielen bestimmt sein?" — Ich hatte darin über einige glückliche Heilresultate berichtet, welche ich durch ein eigentümliches Heilverfahren unter Anwendung gepulverter Holzkohle (Näh. l. c.) bei septischen Krankheitsprozessen erzielt habe. In einem Fall von Diphtheritis bei einem siebenjährigen Knaben waren unter meiner Behandlung die ersten 14 Tage anscheinend günstig verlaufen. Dann aber waren ganz plötzlich Schüttelfröste mit kleinem, kaum zählbarem Puls und jenem charakteristischen Verfall der Gesichtszüge eingetreten, wie sie bei septischen Prozessen den tragischen Ausgang anzukündigen pflegen. In dieser äußersten Not erinnerte ich mich, einmal gelesen zu haben, daß ein Arzt bei schweren Croup-, bezw. Diphtheriefällen noch durch Eingaben von Terpentinöl Heilung erzielt habe. Ich entschloß mich also zu dem Remedium anceps und gab dem Kranken einen Kaffeelöffel voll Ol. Therebinth. rect., indem ich einen Schluck spanischen Süßweins nachtrinken ließ. Die Wirkung war eine höchst erfreuliche, indem der kleine Kranke schon wenig Stunden nachher behauptete, sich ganz wohl zu befinden, wenngleich der Zustand des Rachens dem noch sehr widersprach.

Genau 30 Stunden nach der ersten Attacke stellte sich denn auch wieder der gleiche gefahrdrohende Zustand ein und nur mit größter Mühe gelang es mir, die nochmalige Anwendung des heroischen Mittels durchzusetzen. Diesmal war aber der Erfolg ein bleibender und schon am folgenden Morgen stand der Eintritt voller Rekonvaleszenz außer Zweifel, welche nur durch zeitweise Lähmung des Gaumensegels und Ptosis des linken oberen Augenlides verzögert wurde.

Bei dem ganz plötzlichen Auftreten der gefahrvollen Erscheinungen nach einem verhältnismäßig ruhigen Verlauf der Krankheit glaube ich, dieselben nicht als Wirkung des spezifischen Diphtheriegiftes, vielmehr nur als Folgen vom Eindringen fauliger Zersetzungsprodukte zerfallenden Gewebes in das hier fast zutage liegende Gefäßnetz des Rachens ansehen zu müssen. (Ich bemerke noch, daß im ersten Anfang der Krankheit, da noch keinerlei Anzeichen auf einen spezifischen Charakter derselben schließen ließ, ein Einstich in eine stark geschwollene und sehr schmerzhafte Mandel gemacht worden war, welcher aber keinen Eiter zutage förderte.)

Nach den lebensrettenden Vorgängen, welche sich zweimal in einer Zwischenzeit von 30 Stunden mit einer, fast an ein physiologisches Experiment erinnernden Sicherheit unter meinen Augen abgespielt haben, halte ich mich zu dem Schlusse berechtigt, daß nicht die von Fochier durch Einspritzen von Terpentinöl in die tiefe Wadenmuskulatur hervorgerufenen Abscès de fixation, deren Eiter schon von späteren Beobachtern völlig steril befunden wurde (und welche auch nach Bröses Erfahrung recht bedenkliche Folgen nach sich ziehen können), und ebensowenig die vermeintlich dadurch hervorgerufene künstliche Hyperleukozytose, welche nach Dieulafoy gar nicht eintreten soll, die ihnen zugeschriebene heilsame Wirkung ausüben. Ich glaube vielmehr, daß das Terpentinöl selbst, innerlich gegeben, das Rettungsmittel gegen die in die Säftemasse eingedrungenen septischen Giftstoffe darstellt.

Dem praktischen Arzt ist ja leider nur selten Gelegenheit geboten, einmal ge-

machte Wahrnehmungen so bald wieder auf ihre Richtigkeit zu prüfen und ich muß es daher den Leitern großer gynäkologischer wie chirurgischer Krankenabteilungen anheimgeben, bei den ihnen reichlicher zu Gebote stehenden Gelegenheiten zu prüfen, wie weit diese meine Annahme Berechtigung hat.

Von befreundeten Kollegen, welchen ich seinerzeit von meiner Beobachtung Kenntnis gegeben, habe ich übrigens vernommen, daß sie daraufhin das Mittel ebenfalls angewandt und gleichfalls günstigen Erfolg damit erzielt haben. Auch sei das Einnehmen desselben in Gallertkapseln gar nicht so schwer.

(Aus dem Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien.)

Ueber Akroparästhesien.

Von Dr. **Emil Schwarz,** Privatdozent in Wien.

(Schluß.)

Aus diesem ganzen resultatlosen Für und Wider gegen jede einzelne Lokalisation geht also hervor, daß die Analyse der Parästhesien allein keinerlei positive Anhaltspunkte für die eine oder andere Annahme gewinnen läßt. Es sind daher die anderen Begleiterscheinungen heranzuziehen. Leider sind dieselben nicht nur sehr spärlich, sondern auch nicht eindeutig, da das zweite Kardinalsymptom der Akroparästhesien, die vasomotorischen Störungen, einerseits selten, anderseits inkonstant ist und uns gerade beim vasomotorischen Mechanismus tieferer Einblick in dessen Störungen und deren Sitz noch fehlt. Es ist ganz unbestreitbar, daß die vasomotorischen Phänomene in Form der lokalen Synkope — „Akrosynkope" — nicht ständige Begleiter der Akroparästhesien sind und hat daher bereits Haskovec drei Hauptgruppen unterschieden, nämlich Parästhesien ohne vasomotorische Störungen (Schultze'sche Akroparästhesien), dann primäre Parästhesien mit sekundären vasomotorischen Störungen, drittens primäre vasomotorische Störungen mit sekundären Parästhesien (die Nothnagel'sche vasomotorische Neurose). Auch Cassirer will das Vorhandensein oder Fehlen der vasomotorischen Symptome nicht als einen einfachen Intensitätsunterschied aufgefaßt wissen, sondern sieht darin etwas Beigeordnetes, so wie bereits Schultze von koordinierter Erkrankung des sensiblen und vasomotorischen Apparats gesprochen hatte. Wo allerdings diese Vasomotorenaffektion gelegen sei, wird meist völlig unbestimmt gelassen. Nur Pick spricht sich, in konsequenter Durchführung seiner Theorie, bestimmt im Sinne einer Affektion der spinalen Gefäßzentren aus. Bei der bekannten Tatsache, daß gerade die Gefäße der peripheren Teile, der „Akra" am stärksten auf Reizung oder Lähmung der vasomotorischen Zentren reagieren, stimmt Lokalisation der Läsion und Ort der Symptome gut überein. Da ferner vasomotorische und sensible Apparate im Rückenmarksgrau eng zusammenliegen, kann ein pathologischer Zustand leicht beide Elemente in Mitleidenschaft ziehen und es unterliegt dann gar keiner Schwierigkeit mehr, alle Fälle der Akroparästhesie unter einem zusammenzufassen, während Cassirer bei seiner Annahme eine Affektion der sensiblen Nervenendigungen strenge auseinanderhalten muß. Er spricht von einer Affektion der Vasomotoren an irgend einer Stelle ihres peripheren Verlaufes, ja er schränkt dies weiter dahin ein, daß die Affektion auch in den sensiblen Gefäßnervenendigungen gelegen sein könne. In denjenigen Fällen, wo die sensiblen Symptome den vasomotorischen vorauseilen, können dann die letzteren reflektorisch durch den Reizungszustand der sensiblen Gefäßnerven bedingt sein. In den Fällen mit primärer Akrosynkope liegen die Verhältnisse völlig anders, hier sind die Sensibilitätsstörungen, die Parästhesien, Folgeerscheinung. Man gelangt also zu zwei vollkommen divergenten Auffassungen des Symptomenkomplexes: a) zentrale

Neurose der vasomotorischen und sensiblen spinalen Zentren — hier bleibt es völlig gleichgiltig, in welchem Zellengebiete die momentane Auslösung des Anfalles (z. B. durch einen thermischen Reiz) beginnt — oder b) periphere Neurose der Nervenendigungen mit zwei gegenteiligen Typen: sensible Neurose mit oder ohne reflektorische vasomotorische Begleitsymptome und primäre Erkrankung der Vasomotoren mit symptomatischen Parästhesien.

Eine genauere Bestimmung aus den Symptomen allein ist undurchführbar und jeder weitere Versuch nicht mehr als eine ungewisse Annahme. Aber ich glaube, daß die gewöhnliche Aetiologie doch mehr für eine periphere Neurose einnehmen muß, da ja die Parästhesien gerade in jenen Gebieten sich verbreiten, welche der thermischen Schädlichkeit am meisten unterworfen sind. Auch möchte ich nicht ohne zwingendere Gründe zu einer Trennung der Akroparästhesien in eine rein sensible und eine sensibel-vasomotorische Form, in welcher dann die vasomotorischen Symptome gleichsam nur ein Akzidens bilden, zustimmen. Wenn auch nur in der Minderzahl der Fälle die vasomotorischen Phänomene zur vollkommenen Ausbildung bis zur Akrosynkope gekommen sind, so ist doch auffallend, daß gerade eine Noxe, welche mit Sicherheit die Gefäßfunktion stark in Anspruch nimmt, die häufigste, ja bei den akuteren Fällen die einzige Aetiologie abgibt. Rasch aufeinanderfolgende Wärme- und Kältereize bedingen ja ein stetes Schwanken gerade der kleinsten Hautgefäße zwischen hoher Dilatation und starker Kontraktion. Daß bei Kumulierung solcher Einflüsse — besondere Umstände vorausgesetzt — eine bleibende Funktionsstörung im Sinne abnormer vasomotorischer Reaktionen zurückbleibt, ist an und für sich nicht unverständlich und steht mit sonstigen Tatsachen der Nervenpathologie, namentlich aus dem Gebiete anderer funktioneller Neurosen, in gutem Einklange. Diese Störungen brauchen sich durchaus nicht stets als Vasoparalyse oder vasomotorischer Krampf geltend zu machen, sondern eine geringe, aber dauernde übernormale Erweiterung könnte genügen, um durch Stromverlangsamung in der versorgten Haut die sensiblen Nervenendigungen in ihrem Gleichgewichte zu stören. Daß diese namentlich in den Fingerspitzen sehr feine Reagentien auf die geringsten Ernährungsstörungen sind, beweist ja die Häufigkeit des „Totenfingers" bei ganz leichten Chlorosen und anderen konstitutionellen Affektionen. Auch das merkwürdige Verhalten der Akroparästhesien, gerade im tiefen Schlafe aufzutreten, ist ebenfalls aus einer verlangsamten Zirkulation zu erklären, die auf den Wegfall der Muskelaktion (F r i e d m a n n), auf den im Schlafe erniedrigten Blutdruck, auf die Dilatation der Hautgefäße durch die Bettwärme zurückzuführen ist, Umstände, welche bei normaler Gefäßinnervation nicht zur Geltung kommen, bei gestörter jedoch wohl stärker akzentuiert werden. Daß unter Umständen gerade das Gegenteil, der Gefäßkrampf, die Akrosynkope, sich einstellt, stimmt mit anderen paradoxen Reaktionen der Gefäße überein, wie sie z. B. beim intermittierenden Hinken vorkommen, wo eine Muskelaktion statt von Erweiterung von Krampf der Gefäße gefolgt wird. Auch die von den Kranken häufig vorgenommenen Prozeduren zur Behandlung des Anfalles, z. B. Reiben der Finger, Bewegungen der Hände, wirken wohl alle direkt auf den peripheren Blutstrom ein. Ferner gewinnt die Ansicht, daß den Akroparästhesien funktionelle Gefäßveränderungen zugrunde liegen, dadurch an Wahrscheinlichkeit, daß sie so ungemein häufig zu einem Zeitpunkte einsetzen, wo durch die Funktionsstörung der Ovarien eine erhöhte Labilität des Vasomotorensystems in verschiedensten anderweitigen Symptomen sich zeigt. Ob zum Zustandekommen der Akroparästhesien außerdem noch eine erhöhte Reizbarkeit des sensiblen Apparats als Hilfsursache hinzutreten muß, kann natürlich nicht ohneweiters von der Hand gewiesen werden.

Ueber die Art der Affektion kann allerdings nur ein Urteil gefällt werden: die Veränderungen sind keine anatomischen,



sondern rein funktionelle, und zwar gilt dies für jeden Fall, wo immer man den Sitz der Affektion hin verlegt. Zu dieser Ansicht zwingt uns das ganze Krankheitsbild, in welchem tiefere Störungen der Nervenfunktion dauernd fehlen. Denn die Hypästhesie ist nicht nur ein seltenes Ereignis, sie ist auch niemals hochgradig und, was die Hauptsache ist, sie tritt nur während der parästhetischen Anfälle ein. Auch fehlt dem ganzen Krankheitsverlaufe die Progression. Es kann also nur ein labiler Zustand, eine bloß unter gewissen Bedingungen eintretende abnorme Reaktion bestimmter Apparate des Nervensystems die Ursache sein. Wenn wir diese funktionelle Störung als „Neurose" bezeichnen wollen, dann gehört die Akroparästhesie dahin. Allerdings deckt sich diese Definition nicht mit dem, was wir unter Neurose gewöhnlich verstehen, wo wir, wenn das Leiden auch nur lokal, z. B. als Neuralgie oder isolierter Krampf sich äußert, meist eine Neuropathie, eine Veränderung des Gesamtnervensystems als Grundlage finden. Die Akroparästhesie verhält sich nun meiner Meinung nach — trotz der gegenteiligen Ausführungen Cassirers — nicht in dieser Weise. Zwar hebt auch Cassirer hervor, daß dieselbe gewöhnlich nicht Teilerscheinung einer großen Neurose, Neurasthenie oder Hysterie sei, doch legt er besonderen Wert auf andere kleine nervöse Symptome (s. oben S. 122), er findet, den Angaben der Kranken folgend, dieselben „im allgemeinen als nervös" und fallen von seinen Kranken 65% in diese Kategorie der Nervösen, während bei den restlichen 35% nicht einmal auf diesem Wege eine neuropathische Veranlagung nachweisbar war. Und auch bei solcher Neuropathie bedarf es noch ganz besonderer Momente, meist der thermischen Schädlichkeit, um das Leiden auf dem Boden dieser Neuropathie hervorwachsen zu lassen. Ich habe meine Ansicht bereits des früheren ausgesprochen und meine eben, daß diese Neuropathie der Frauen in der Zeit um das Klimakterium nicht eigentlich Anlage, sondern mehr Effekt der Umwälzung im Organismus, Folge der Dysfunktion oder des Ausfalls der Sexualdrüsentätigkeit sei. Ob dann die Bezeichnung einer „Neurose" noch vollkommen berechtigt ist, möchte ich dahingestellt sein lassen. Fassen wir ja auch die Basedow'sche Krankheit, die Tetanie und zahlreiche andere Erkrankungen mit vorwiegend nervösen Symptomen, die aber auf Störung einer Blutdrüsenfunktion beruhen, nicht mehr als Neurosen auf. Ich will damit absolut nicht sagen, daß die Schultze-Nothnagel'sche Akroparästhesie die direkte Folge einer Störung der inneren Sekretion der Sexualdrüse ist, sie ist nur eine meist durch äußere Schädlichkeiten bedingte Störung des vasomotorischen Apparats, welche aber umso leichter eintritt, wenn dieser Apparat durch die Sekretionsanomalie in einen pathologischen Zustand versetzt worden ist. Bei der engen physiologischen Wechselwirkung zwischen dem Sexualapparat des Weibes und der Schilddrüse könnte vielleicht eine etwas phantasievolle Assoziation sogar auf dem Wege über diese Drüse die vasomotorische Komponente der klimakterischen Erscheinungen erklären wollen.

Die Diagnose der Akroparätshesie ist meist leicht, wenn auch gewöhnlich nur per exclusionem sicher zu machen. Am wichtigsten ist das anfallweise Auftreten, die örtliche Beschränkung, das Fehlen jedes objektiven Symptoms, mit Ausnahme der vasomotorischen Störungen. Bei dem Vorhandensein der Akrosynkope könnte eine Verwechslung mit den ersten prämonitorischen Attacken der Raynaud'schen symmetrischen Gangrän unterlaufen. Doch betrifft diese fast ausschließlich jüngere Individuen und wird die nächste Stufe der vasomotorischen Störungen — die lokale Asphyxie, welche immer der Gangrän vorhergeht — bei der Akroparästhesie mit vereinzeltesten Ausnahmen (s. den erwähnten Fall A. Picks) nicht angetroffen. Auch die Erythromelalgie kann sich mit Akroparästhesien einleiten. Bei den zahlreichen Nervenerkrankungen, die Parästhesien erzeugen können, kann es wohl vorkommen, daß im Anfangsstadium eine echte Akroparästhesie vorgetäuscht wird, doch wird stets der weitere Verlauf darüber Aufklärung bringen, wenn nicht schon zur selben Zeit an-

derweitige Symptome, z. B. neuritische Anästhesien, Druckpunkte, Lähmungen, zerebrale, spinale Zeichen vorhanden sind. Eine besondere Erwähnung verdienen noch die von v. Frankl so benannten „tetonoiden Zustände", das sind abortive Fälle von Tetanie, in welchen nur Parästhesien ohne Krampf in den Fingern entstehen. Das Vorhandensein des Chvostek'schen und Erb'schen Phänomens, welches bei der Akroparästhesie sens. strict. stets fehlt, das Vorkommen bei Männern (Schustern!) an Orten und Zeiten, wo die Tetanie kleine Epidemien setzt, wird vor der Fehldiagnose schützen.

Die Therapie des Leidens bietet in den akut aufgetretenen Fällen häufig Erfolg, viel weniger in den schleichend einsetzenden oder inveterierten Formen. Am besten haben sich mir, wie auch anderen Beobachtern, Faradisation der Hände bewährt. Den Anfall selbst kann man damit fast sicher coupieren und manchmal bei ein- bis zweiwöchentlicher Behandlung auch der Wiederkehr der Anfälle vorbeugen. Ganz vorteilhaft ist ferner die Unterstützung der Elektrotherapie durch lauwarme Handbäder und kleine Bromgaben. In vielen chronischen Fällen bleibt allerdings diese Behandlung, sowie jeder andere therapeutische Versuch, resultatlos.

Literatur:

Die Literatur bis zum Jahre 1900 findet sich ausführlichst in der Monographie R. Cassirers: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin 1901. S. Karger.

Außerdem: Sommer: Akroparästhesie nach Trauma. Berl. klin. Wochenschr. 1902.

Hudovernig: Orvosi Hetilap 1901.

Kahane: Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie. III, p. 310 (Artikel Erythromelalgie).

Shaw: Vascular Akroparaesthesia etc. The Practitioner LXX.

Pick: Remarques sur la pathologie des acroparesthésies. Revue neurologique 1903.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Die innere Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von Prof. Dr. B. Stiller in Budapest.

Nach der Ueberzeugung des Vf. gibt es kein Mittel, welches imstande wäre, einen Zyklus sich wiederholender Kolikanfälle so sicher abzubrechen, wie das Salizylat. Er hat eine Reihe von Fällen zu verzeichnen, wo Kranke mit fortwährenden Schmerzanfällen, mit schwerer Dyspepsie und Erbrechen und fast ganz behinderter Nahrungsaufnahme unter Salizylbehandlung in 10—14 Tagen von Schmerz, Erbrechen und Dyspepsie befreit, um mehrere Kilogramm zunahmen.

Die Behandlungsmethode ist sehr einfach. Vf. verordnet das Mittel nur in der anfallsfreien Zeit und gibt selten mehr als 0·5 g viermal täglich, und zwar nie in Oblate, sondern entweder gleich in Lösung, 5·0 auf 150·0, täglich vier Eßlöffel, oder läßt das Pulver in einem halben Glase eines alkalischen Säuerlings auflösen. Auf die Lebergegend werden morgens und abends 2—3 Stunden lang warme Leinsamenmehlumschläge appliziert. Die Kost bleibt, mindestens einige Tage, eine sehr strenge, vorwiegend flüssige; als Getränk ein alkalischer Säuerling. Bei interkurrierenden Anfällen Morphininjektion. Das Salizyl und die warmen Umschläge werden gewöhnlich vier Wochen lang fortgesetzt. Zwei- bis dreimal wöchentlich wird ein warmes Bad genommen.

Die empirisch bewährte Wirkung des Salizylsalzes beruht in der mächtigen cholagogen Eigenschaft desselben, indem es eine reichliche, dünnflüssige Gallenflut produziert, welche geeignet ist, eingeklemmte Steine abzubröckeln und zu mobilisieren. Dazu kommt die anti-

septische Wirkung des unmittelbar aus dem Magen und den Darmvenen dem Portalblute und der Leber zugeführten Salzes, welches dabei auch in die Galle übergeht. Endlich kommt noch die analgetische Wirkung hinzu, welche die Reflexerregbarkeit der Gallenwege und der Blase beschwichtigt.

Zur Erhöhung der analgetischen Wirkung des Salizylats setzt Vf. jeder Dose desselben 0·01 Extr. Belladonnae oder in Lösung 3—4 Tropfen der Tinktur hinzu, in der Absicht, den spastischen Zustand der durch die Steine gereizten Blase oder der Gallengänge günstig zu beeinflussen.

Nach der ersten 3—4wöchentlichen Salizyl-Belladonnakur, der eine nachträgliche Kur in Karlsbad folgen kann, läßt Vf. im Laufe desselben Jahres, selbst bei vollem Stillstand des Leidens, noch zwei- bis dreimal eine mehrwöchentliche, meist noch mildere reine Salizylkur folgen, etwa dreimal täglich 0·50, dabei ohne Beschränkung der Bewegung und Diät. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 1, 1905.) Laub.

Ueber den Wert des Pyramidons für die Behandlung des Abdominaltyphus. Von Primararzt Dr. C. Hödlmoser. (Aus der internen Abteilung des bosn.-herz. Landesspitals in Serajevo.)

Angeregt durch die glänzenden Resultate Valentinis bei der Behandlung des Abdominaltyphus mit Pyramidon, hat Vf. seit Ende des Jahres 1903 fast alle Typhusfälle, die auf seiner Abteilung zur Beobachtung kamen, mit Pyramidon behandelt. Die Erfolge waren so ausgezeichnete, daß Vf. bei fast allen im Laufe des Jahres beobachteten Fällen die bisher von ihm geübte Wasserbehandlung durch eine ausschließliche Pyramidonbehandlung ersetzte.

Während jedoch Valentini in leichten Fällen 0·2 g, bei den schwereren 0·3—0·4 g während des ganzen Krankheitsverlaufes, bis die Temperatur normal wird, und zwar bei Tag und Nacht gibt, wendete Vf. ein mehr individualisierendes Verfahren an. Nur in schwereren Ausnahmsfällen zog er die nächtliche Verabreichung des Mittels zu Hilfe. Im übrigen blieb es in der Regel bei der Dose von 0·2 g Pyramidon in Pulverform für Erwachsene, welche Dose in der Regel alle drei Stunden verabfolgt wurde. In den leichteren Fällen gab Vf. von allem Anfange an nur in größeren Intervallen diese Dosen, z. B. ein- bis zweimal im Tage. Gegen Ende der Krankheit schränkte Vf. die Verabfolgung des Pyramidons sukzessive ein, wobei selbstverständlich bei neuerlich sich einstellenden höheren Temperatursteigerungen mit der Zahl der Dosen wieder gestiegen wurde.

Folgende Punkte hebt Vf. bezüglich der Wirkung des Pyramidons auf den Verlauf des Typhus speziell hervor:

1. Die Temperatur. Die Wirkung des Pyramidons auf die Typhustemperaturen ist in der Regel eine geradezu enorme. Der Temperaturabfall erfolgt fast durchwegs unter Schweiß.

In innigem Konnex mit dieser günstigen Beeinflussung der Temperatur steht auch

2. die Beeinflussung der nervösen Erscheinungen und des Sensoriums.

3. In keinem einzigen Falle wurden Kollapserscheinungen beobachtet.

4. Bezüglich der übrigen Typhuserscheinungen machte es auf Vf. den Eindruck, daß dieselben sich unter der Pyramidonbehandlung in milderer Form äußerten, speziell was die Darmerscheinungen betrifft.

In den wenigen Fällen, in denen es zum Rezidiv kam, verlief dasselbe unter Pyramidon sehr milde.

Zum Schlusse hebt Vf. zusammenfassend hervor, daß das Pyramidon nicht nur die Wasserbehandlung beim Typhus zu ersetzen imstande ist, sondern derselben gegenüber große Vorzüge besitzt und namentlich zur Zeit größerer Epidemien sich als sehr wertvoll erweisen wird. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 5, 1905.) Laub.

Zur diätetischen Behandlung chronischer diffuser Darmkatarrhe. Von Prof. Dr. Th. Rosenheim.

Bei chronischen diffusen Darmkatarrhen wird die Milch meist schlecht vertragen, entweder bewirkt sie stärkere Blähungen, Spannungsgefühle oder sie steigert die Neigung zu Durchfall oder sie macht beides. Ist der Dünndarm nur wenig beteiligt, sind speziell die beiden oberen Dritteile frei, so bleiben die Störungen aus oder kommen doch weniger zur Geltung. Ausgedehnte Dickdarmaffektion kontraindiziert den Milchgenuß gar nicht.

Das Verhalten des Magens ist von keiner entscheidenden Bedeutung für die Frage, ob und wann Milch den Kranken gestattet werden könne. Bei allen Magenkatarrhen, die das Darmleiden komplizieren, wird die Milch als Zusatz zum Tee, zu Mehlspeisen in kleineren Mengen ganz gut bekömmlich sein, und nicht selten sieht man Fälle von Achylia gastrica, wo größere Quantitäten reiner Milch ohne Beschwerde genommen werden können. Bei den Reizzuständen des Organs mit vermehrter Säurebildung aber wird sie meistens ausgezeichnet vertragen. Um die Milchverdaulichkeit zu erleichtern, werden der Milch Kalkpräparate hinzugefügt (Kalkwasser 1—2 Eßlöffel, Calcar. phosphor. eine Messerspitze voll auf 150 g Milch). Auch der Salizylsäurezusatz scheint recht nützlich zu sein (0·30 : $1^1/_2$ l).

In jenen Fällen, wo die Milch für die Dauer nicht vertragen wird, wird die Stoffanreicherung, speziell bei heruntergekommenen Individuen, ganz außerordentlich erschwert.

Vf. leitet die diätetische Behandlung durch eine eiweißreiche, d. h. 120 und mehr Gramm Eiweiß neben 200—250 g Kohlehydrate, 40—50 g Fett pro die bietende Kost ein, welche aus Fleisch, Fisch, Ei, etwas Zucker, Weißbrot oder Zwieback, Reis, Gries, Sago, Makkaroni und Aehnlichem, Bouillon oder Schleimsuppen, Butter, Tee, Rotwein besteht. Die aus diesen Nahrungsmitteln zusammengesetzte, milde, eiweißreiche Diät wird vom Vf. als „Dünndarmdiät" bezeichnet, weil sie in erster Linie auf die Verhältnisse dieses Organabschnittes Rücksicht nimmt; nur bei besonders heftiger Affektion sind Modifikationen geboten. Es ist selbstverständlich, daß auch sonstige Maßnahmen, die den kranken Magen regulieren helfen, neben den Verordnungen für den Darm am Platze sind.

Fleisch soll ein wesentlicher Bestandteil der Diät bei der überwiegenden Mehrzahl der hier in Betracht kommenden Patienten sein; wo starke Neigung zu Meteorismus, wo polternde Unruhe besonders hervortreten, da werden Fleisch und Fisch vornehmlich gute Dienste leisten.

Die Eiweißverdauung im Dünndarme dürfte auch bei diffusem Katarrh immer noch diejenige Funktion sein, die am besten erhalten bleibt, mit den wenigsten Reaktionserscheinungen sich vollzieht.

Allerdings können dabei die Fäulnisprozesse im Dickdarme, wenn derselbe in ausgedehnterem Maße durch Entzündung angegriffen ist, eine Steigerung erfahren, die umso exzessiver wird, je mehr fäulnisfähiges Material von oben zuströmt. Hier muß die Diät in dem Sinne geändert werden, daß das erlaubte Quantum von Fleisch, Fisch, bisweilen auch von Eiern, auf ein Mindestmaß (50—60 g Eiweiß) herabgesetzt wird, eventuell ist man genötigt, diese Nährmittel ganz auszuschalten. Am besten deckt man dann den Eiweißbedarf durch Milch. Diese mag dann auch in Form von reinen Milchkuren Verwendung finden. Man suche 2—3 l Milch einzuverleiben und füge bald so viel Kohlehydrate hinzu, daß Stoffansatz erzielt werden kann.

Ist die Milch absolut unbekömmlich, so ist man darauf angewiesen, den Eiweißbedarf notdürftig aus den Zerealien (Gebäck, Reis, Gries, Sago, vielleicht auch aus künstlichen Nährpräparaten, z. B. Plasmon, Nutrose) und eventuell auch aus Gemüsebreien zu decken.

Wird aber anderseits die oben empfohlene „Dünndarmdiät" gut vertragen und sind die Beschwerden verringert, so wird die Diät nach 2—3 Wochen erweitert, indem kleine Mengen Gemüse in Breiform bewilligt werden. Nach 4—6 Wochen können geschmortes, fetteres Fleisch, süßere Mehlspeisen etc. gewährt werden. Regel bleibt, daß man jede Erweiterung der Diät schrittweise vornimmt.

Erzielt man bei Einhaltung der strengen Kost kein befriedigendes Resultat, so kann man von Tanninpräparaten, von Darmspülungen, von Opium, Kodein, Brom Gebrauch machen. — (Die Ther. d. Gegenw., H. 12, 1904.) Laub.

Ueber Ulcus ventriculi rotundum. Von Artur Ekke.

Vf. hat auf Anregung v. Merings 100 Fälle von Ulcus ventriculi zusammengestellt, die während der letzten vier Jahre in der medizinischen Klinik in Halle zur Beobachtung kamen. Der jüngste Patient stand im Alter von 14 Jahren. Bei dem weiblichen Geschlechte fiel die größte Erkrankungsziffer in die Zeit zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre, jenseits des 30. Lebensjahres nimmt die Häufigkeit der Ulkusfälle bedeutend ab. Bei den Männern dagegen kommen auf die Zeit vom 20. bis 30. und vom 30.—40. Lebensjahr etwa die gleiche Anzahl, auf die Zeit vom 30. bis 40. Jahr sogar noch etwas mehr. Während 46% aller ulkuskranken Frauen im Alter von 20—30 Jahren stehen, kommen auf das folgende Jahrzehnt nur 10·7%; von den Männern dagegen stehen im Alter von 20—30 Jahren 25·7%, im Alter von 30 bis 40 Jahren 31·4%. — Anämisch, beziehungsweise chlorotisch waren von Männern 10·1%, von Frauen etwa 29%. Mag nun auch in dem einen oder anderen Falle der Anämie ein Ulkus zugrunde gelegen haben, so ist doch immerhin der Zusammenhang zwischen Anämie, beziehungsweise Chlorose und Ulkus nicht zu leugnen. Bei fast 25% aller Patientinnen fanden sich starke Menstruationsstörungen. In sechs Fällen waren dem Ulkus schwere Wochenbetten vorhergegangen. Traumen waren in zwei Fällen aller Wahrscheinlichkeit nach für die Entstehung eines Ulkus verantwortlich zu machen. In 20% aller Fälle herrschte in der Familie des Patienten Phthise; bei 15% waren die Eltern als magenleidend bezeichnet, in einer Reihe von Fällen das Magenleiden direkt als Magengeschwür angegeben.

Der Verlauf des Ulkus war in den meisten Fällen ein ungemein chronischer. Daneben befinden sich auch solche, in denen sich aus völligem Wohlbefinden heraus ganz plötzlich die heftigsten Magenschmerzen mit zum Teile profusen Magenblutungen einstellten. In zwei Fällen fehlte die Schmerzhaftigkeit gänzlich; merkwürdigerweise sind gerade diese zwei Fälle ganz besonders schwer und stürmisch verlaufen. Erbrechen fand Vf. in 83% seiner Fälle. Blutbrechen fand sich in 51%. Die Menge des erbrochenen Blutes war sehr verschieden; in mehreren Fällen wurde nur etwa ein Eßlöffel voll Blut entleert, die größte vom Vf. beobachtete per os entleerte Blutmenge betrug etwa ein Liter. Es fand sich reichlich freie Salzsäure in 87·5%, eine geringe HCl-Reaktion zeigte sich in 5%, ebenso oft fehlte die freie Salzsäure. (Diese Aziditätsbefunde weichen ganz bedeutend von den bekannten Ewald'schen ab. Ref.) Der Stuhlgang war bei etwa der Hälfte aller Patienten stark angehalten, 10% gaben starke Diarrhöen an.

Ein Mittel, den Krankheitsprozeß direkt zur Heilung zu bringen, besitzen wir nicht; die Therapie hat vielmehr die Aufgabe, den Vernarbungsprozeß des Ulkus zu fördern. Zu diesem Zwecke muß dem erkrankten Organe wenigstens vorübergehend die größte Ruhe verschafft und jeder Reiz nach Möglichkeit ferngehalten werden. Leube gibt zu diesem Zwecke ganz bestimmte Vorschriften: Während der ersten zehn Tage hat der Patient das Bett zu hüten und strenge, anfangs rein flüssige Diät zu halten; daneben wird in nüchternem Zustande lauwarmes Karlsbader Wasser gereicht, und heiße Umschläge, nachts Prießnitz'sche Umschläge appliziert. In den folgenden zehn Tagen braucht der Patient nicht mehr andauernd im Bett zu liegen, hat aber vorsichtig jede irgendwie heftige Bewegung zu meiden.

Als Nahrung wird Milch gegeben, ferner Suppen, etwas Semmel und Zwieback, Eier u. s. w. Sehr zweckmäßig, in schweren Fällen unerläßlich, ist es, die Nahrungsaufnahme per os während einiger Tage möglichst ganz auszusetzen und sich auf rektale Ernährung zu beschränken. Sehr viel angewendet werden zu diesem Zwecke die Boas'schen Klysmata:

250 g Milch,
2 Eidotter,
1 Teelöffel Salz,
1 Glas Rotwein,
1 Löffel Kraftmehl.

Auch v. Mering empfiehlt in der ersten Auflage seines Handbuches noch diese Form von Klysmen. Nun ist aber im vergangenen Jahre durch einwandfreie, in der v. Mering'schen Klinik ausgeführte Versuche festgestellt, daß die Ausnützung eines solchen Nährklysmas eine sehr schlechte ist. Nach neunstündigem Verweilen im Darm waren resorbiert worden: Eiweiß zu 15%, Fette zu 5·8%, Kohlehydrate zu 67·5%. Die nach derselben Methode ausgeführten Versuche über die Resorption von Pepton durch das Rektum haben ergeben, daß von einer wässerigen Peptonlösung 50·5% resorbiert wurden; durch Zusatz von Alkohol steigerte sich die Menge des resorbierten Peptons auf 66%. (Siehe Zentralbl. f. d. ges. Therap., Seite 464, 1904; Ref.) Den Ergebnissen dieser Experimente gemäß werden Nährklysmata nunmehr in der Klinik in Halle folgendermaßen gegeben:

25 g Pepton,
25 g Alkohol,
25 g Milchzucker,
250 g Wasser,
1 Messerspitze Kochsalz,
Tct. Opii nach Bedarf einige Tropfen.

Solche Nährklysmen werden in der Regel dreimal täglich verabfolgt. Neben diesen Bestrebungen, die Heilung durch möglichste Ruhigstellung des Magens auf natürlichem Wege vor sich gehen zu lassen, spielt die medikamentöse Therapie nur eine untergeordnete Rolle. Bei starker Hyperazidität wurden Alkalien gereicht, besonders Natr. bicarb. und Magn. ust. Außerdem wurde Karlsbader Mühlbrunnen gegeben und eventuell bestehende Obstipation durch Karlsbader Salz, beziehungsweise Rizinus oder Einläufe bekämpft. Bei starken, wiederholten Blutungen erwiesen sich Ergotininjektionen als nützlich, und zwar wurde dreimal täglich 0·1 Ergotin. dial. in 10%iger wässeriger Lösung injiziert. Abgesehen davon wurde Wismut und Argentum nitricum gereicht, und zwar: Arg. nitr. 0·4 : 200·0 dreimal täglich einen Eßlöffel in Wasser morgens nüchtern, mittags und abends eine Stunde vor der Nahrungsaufnahme. Wismut wurde in Portionen von je 10 g in Wasser 1—2mal täglich eine Stunde vor dem Essen gegeben; danach 1/2stündige Ruhelage angeordnet. Tatsächlich läßt sich eine günstige Einwirkung des Wismuts sowohl auf die Schmerzhaftigkeit wie auf die Beförderung des Vernarbungsprozesses nicht leugnen. Sie wird von Fleiner so erklärt, daß durch den Wismutbelag die erkrankte Schleimhautstelle geschützt wird, und so die ätzende Wirkung des Magensaftes auf die sensiblen Nervenendigungen in Wegfall kommt. Sicher ist durch Tierversuche von Matthes bewiesen worden, daß, wenn künstliche Defekte in der Magenschleimhaut erzeugt waren, nach längerem Gebrauch von Wismut sich eine dicke, dem Defektgrunde fest adhärierende Kruste aus Wismut gebildet hatte.

Gegen sehr heftige Kardialgien mußte mitunter Morphium (0·005—0·01) injiziert werden, bezw. Opium in Pulver oder Suppositorien gereicht werden. Von diesem Mittel wurde nach Möglichkeit abgesehen. Die Kur nahm im Durchschnitt etwa fünf Wochen in Anspruch. Auffallend gering ist die vom Vf. beobachtete Mortalitätsziffer; nur zwei Patienten, ein männlicher und ein weiblicher, sind gestorben. — (Inaug.-Diss., Halle 1904.) F. L.

Aus dem Grenzgebiet der medizinischen und chirurgischen Behandlung des Magengeschwüres. Von Cabot und Badger.

In folgenden Fällen hält Vf. die chirurgische Behandlung des Magengeschwüres für indiziert: 1. Bei Perforation, 2. bei Magenblutungen, die entweder intern therapeutisch nicht beeinflußt werden können, oder zu Rezidiven neigen und das Leben des Patienten in Gefahr bringen.

3. In Fällen, wo nach lang dauernden dyspeptischen Beschwerden und nach interner Behandlung der Hämatemesis die Patienten sich in einem für die Operation geeigneten Zustand befinden. 4. In Fällen, wo häufig rezidivierende kleine Blutungen den Patienten hochgradig anämisch machen. 5. In Fällen von organischer Dyspepsie ohne Dilatation, die der medizinischen Therapie trotzen, und nicht enteroptotischen Ursprungs sind. — (Bost. med. u. surg. Journ., Sept. 1904.) F. L.

Ueber einen Fall von perforiertem Magengeschwür bei einem 14jährigen Knaben. Appendixerkrankung. Operation. Heilung. Von W. Cheyne und H. Wilbe.

In der Literatur fanden die Vf. keinen Fall von Perforation in diesem jugendlichen Alter beim männlichen Geschlecht. Es handelte sich um typisches peptisches, nicht tuberkulöses Geschwür. Die Symptome wiesen anfangs auf eine Affektion des Appendix, bei der Operation zeigte sich derselbe zwar erkrankt, aber nicht perforiert. Die Anwesenheit von freiem Gas in der Bauchhöhle machte es wahrscheinlich, daß eine Perforation im Verdauungstrakt vorliege; da keine Fäkalmassen gefunden wurden, kam nur der Magen in Betracht. Es wurde eine Perforation desselben gefunden, die aber so hoch lag und so schwer zugänglich war, daß sie leicht hätte übersehen werden können. — (Lancet., 11. Juni 1904.) F. L.

Operative Heilung eines perforierten Magengeschwüres. Von I. I. Goodwin.

Ein 22jähriger Mann, der nie magenkrank gewesen war, erbrach ein eben genossenes Bohnengericht. Gleich darauf heftige Schmerzen in der Magengegend und in beiden Schultern. Puls und Temperatur waren normal. Bei der Probelaparatomie wurde an der vorderen Magenwand, nahe am Pylorus, eine Perforation gefunden. Heilung nach vier Wochen. Bemerkenswert sind an diesem Falle zwei Punkte: 1. das Fehlen jeglicher Verdauungsbeschwerden vor der Perforation und 2. die heftigen Schmerzen in beiden Schultern. — (Journ. of Americ. med. Assoc. Nr. 23, 1904.) F. L.

Beitrag zur chirurgischen Behandlung des perforierten Magengeschwüres. Von Arch. Mc. Laren.

Vf. hält es für möglich, in manchen Fällen eine Perforation sofort zu diagnostizieren. Pflicht des Arztes sei es, in einem solchen Falle sofort zu operieren. Vf. vernäht die Wunde gleich und tamponiert. In Fällen, wo sich im Abdomen viel Flüssigkeit befindet, macht er über der Symphyse einen Einschnitt und führt einen langen Drain ins Becken; im anderen Falle reinigt er das Peritoneum mit dem Schwamm. — (Annals of surg. Philadelphia, März 1904.) F. L.

Ein Fall von tödlicher Magenblutung bei Scharlach. Von Dr. Ralis.

Ein 10jähriger scharlachkranker Knabe starb am 8. Tage, nachdem tags zuvor eine auffallende livide Verfärbung des Gesichtes und der Haut aufgetreten war. Bei der Autopsie wurde ein kolossaler Blutkuchen im Magen und der Darm mit unverdautem Blut ausgefüllt gefunden. Magenschleimhaut geschwollen und hyperämisch; längs der ganzen großen Kurvatur Geschwüre, die stellenweise bis in die Muscularis reichen. In einem solchen Geschwür nahe der Kardia fand sich ein arrodiertes Gefäß, aus dem die tödliche Blutung erfolgt war. — (Arch. f. Kinderh., Bd. 39, 1904.) F. L.

100 Fälle von Gastroenterostomie bei einfachem Magen- und Duodenalgeschwür. Von B. G. H. Moynihan.

Vf. berichtet über die Erfahrungen, die er an 100 Fällen von Gastro-Enterostomie gemacht hat und hebt hervor, daß diese Operation ein so verläßliches Verfahren und ihre Resultate so günstige seien, daß sie als die beste Methode in allen Fällen von chronischem Ulkus empfohlen werden könne. Der Erfolg ist besonders abhängig von der sorgfältigen Vorbereitung des Patienten, der möglichen Abkürzung der Operationsdauer, der Wahl der Methode, die einfach sein soll und lange Exposition der Eingeweide verhindern muß und von der Nachbehandlung. Obwohl bei einem Dutzend dieser 100 Fälle die Prognose eine ungünstige war, sind nur zwei letal

verlaufen. — (Annals of surg. Philadelph., Mai 1904.) F. L.

Ein Beitrag zur Nachgeschichte des Magengeschwüres. Von J. W. Russel.

Vf. hat durch Rundfrage in 63 Fällen den weiteren Verlauf nach der ersten Magenblutung festgestellt. Unmittelbare Todesursache war das Ulkus nur in 2·1% der Fälle. 42·6% wurden völlig wieder hergestellt, davon 27·7% nach einer einzigen Blutung, 14·9% nach einem oder mehreren Rückfällen. Bei 6·4% läßt der Zustand keine eindeutige Beurteilung zu. In 44·7% der Fälle bestanden zur Zeit der Einforderung des Berichtes mehr oder minder schwere Störungen von Seiten des Magens. — (Lancet., Jänner 1904; Arch. f. Verd.-Krankh., H. 4, 1904.) F. L.

Gastrosuccorhöe, Tetanie und Ulcus ventriculi. Von J. Kaufmann.

Nach der Auffassung des Vfs. ist die Reichmann'sche Krankheit nur ein Symptom von Ulcus ventriculi und die Gastrosuccorhöe die Folge der erhöhten Reizung der Schleimhaut. Der beschriebene Fall war kompliziert mit Tetanie. — (Amer. Journ. of med. scienc. Philadelph., April 1904.) F. L.

Ueber die Möglichkeit, das Magengeschwür durch Läsionen der Magennerven hervorzurufen. Von Donati.

37 Versuche des Vfs., durch Resektion der Vagi unterhalb des Zwerchfells, durch Exstirpation des Plexus coeliacus oder durch Kombination beider Operationen bei Hunden und Kaninchen Magengeschwüre zu erzeugen, hatten negative Resultate. Die Beobachtungszeit dauerte sechs Monate. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 4, H. 73, 1904.) F. L.

Ueber karzinomatöse Degeneration des Magengeschwüres. Von C. Audistère.

Vf. hatte Gelegenheit, einige einschlägige Fälle genau zu beobachten und Untersuchungen an ihnen vorzunehmen. In nicht seltenen Fällen ist ein Ulcus ventriculi Ausgangspunkt eines sekundären Karzinoms. Am meisten prädisponiert für diese Degeneration sind alte Ulzera und solche der präpylorischen Gegend. Den Ausgangspunkt bildet die Schleimhaut an den Geschwürsrändern. Die Rolle der Drüsensubstanz ist noch unklar. Das in krebsiger Degeneration begriffene Ulcus ventriculi macht oft lange Zeit die Symptome eines einfachen Ulkus und kann der Diagnose erhebliche Schwierigkeiten bieten. Doch kann diese Komplikation erkannt werden an dem Fortbestehen gastrischer Symptome, an der Wirkungslosigkeit einer systematischen Ulkustherapie und an dem Auftreten allgemeiner neuer Symptome, besonders progressiv-anämischer Natur. Differentialdiagnostisch ist die Intensität des Schmerzes verwertbar, der bei einem in krebsiger Degeneration begriffenen Ulkus, nach der Ansicht des Vfs., ein viel heftigerer ist, als beim noch so schmerzhaften einfachen Ulkus. Die Prognose ist noch ungünstiger als die des primären Magenkrebses; es kommt in solchen Fällen leichter zu Perforation und plötzlicher foudroyanter Magenblutung und zu einem rapideren Fortschreiten des Karzinoms. Therapeutisch kommt nur der chirurgische Eingriff in Betracht. — (Thèse de Paris, 1903.) F. L.

Physikalische Therapie.

Seeklima und Tuberkulose. Von Dr. Desider Kuthy in Budapest.

Das einzig richtige Bestreben der Tuberkulosetherapie ist, Heilstätten für Unbemittelte in der Heimat, Sanatorien für Bemittelte auch in entsprechend günstigen Klimaten! Es soll dabei eben nicht gedacht werden, daß sämtliche Tuberkulösen besseren Standes aus den Kontinentalgebieten Europas, um eine Anstaltskur richtig durchzumachen, wenn auch nur für eine gewisse Jahresfrist, expatriiert werden müssen. Da sie bei weitem nicht alle einer Kur in einem besonderen Klima bedürfen, so kann ohne Schädigung der Interessen des Kranken wohl auch der Sozialökonom keinen Einwand gegen den obigen Satz erheben. Es werden eben immer noch viele Phthisiker wohlhabender Klassen

sich für Privatheilanstalten in der Heimat selbst entschließen können.

Inwieferne nun die günstigen Einflüsse der zwei Hauptklimagruppen, See- und Höhenklima, in der Behandlung der Lungenschwindsucht ausgenützt werden sollen und für welche Fälle der Krankheit die genannten Klimasorten besondere Vorteile bieten, hierüber einen kurzen Ueberblick zu gewinnen, ist nun unsere Aufgabe. Vor allem kommt bei der Lösung der Frage die Jahreszeit in Betracht. Im Sommer gelten gut situierte heimatliche Anstalten auch für bemittelte Lungenkranke als völlig indiziert. Von Anfang Oktober bis Ende April, mindestens aber in den Monaten November bis März, sind die Witterungsverhältnisse hauptsächlich unserer kontinentalen Niederungen nicht für alle Phthisiker passend. Für diese Jahreszeit ist bei manchen unserer Kranken das alpine Klima, bei vielen das Klima der milden Mediterrangegend direkt indiziert. Prophylaktisch können wir auch in der Heimat sehr gut behandeln, wenn wir dazu entsprechend eingerichtete und geführte Anstalten haben. Gewisse ausgesprochene Fälle von spezifischer Lungenerkrankung erheischen besondere klimatische Vorzüge in der Herbst-, Winter- und Frühlingssaison. Einfache Spitzenkatarrhe ohne Komplikation können nach H. Weber die Riviera, die Inselklimate oder Davos gleichwohl aufsuchen, woraus folgt, daß für keines dieser Klimate eine absolute Indikation besteht, sondern die Fälle ebenfalls auch in den heimatlichen Anstalten der Kontinentalgegenden überwintern können. Solche hingegen mit auffallender Anämie und neurasthenischen Reizzuständen finden ihre Besserung am ehesten in dem sedativen Seeklima. Solche mit Neigung zu Intestinalkatarrhen und üppiger Schweißsekretion in der trockenen Höhenluft der große Evaporation hervorrufenden alpinen Atmosphäre. Bei Initialfällen mit exsudativ-pleuritischen Residuen, wo die Resorption beschleunigt werden soll, ist aus dem eben angeführten Grunde gleichwohl das Höhenklima am Platze, falls das Individuum genügend Resistenzfähigkeit besitzt, um die tiefen Lufttemperaturen des Schattens im Alpenwinter gut zu vertragen. Wenn nicht, dann überwintere der Patient in der Heimat; falls seine Blutarmut und Verweichlichung zu ausgesprochen sind, kann zweckmäßig das mild abhärtende Klima gewisser Kurorte in Tirol, insbesondere Meran, gewählt werden, jedenfalls ist aber ein mehr exzitierendes Klima angezeigt.

Ueber einfache indurative Formen der Spitzentuberkulose sagt auch Clar in seinem Werke über die Winterstationen im alpinen Mittelmeergebiete, daß dieselben indifferenter gegen die klimatischen Einflüsse sind, so daß sie beide Rivieras und ebensogut das Höhenklima aufsuchen können. Daraus ist wieder ersichtlich, daß dieselben Fälle keine strenge Indikation für das eine oder das andere Klima in sich bergen und daß sie in gut situierten Anstalten der Heimat, wo entsprechende Hydrotherapie geübt wird, das Alpenklima völlig zu entbehren imstande sind, während sie in den milden Seeklimaten nur subjektiv angenehmer überwintern würden. Die große bedeutungsvolle Rolle des milden Winters, welchen die lächelnden Himmelsstriche der Mediterrangegend bieten, entfaltet sich in der Phthiseotherapie bei den Fällen von aktiver Lungenphthise mit beginnender Debilität des Organismus und nach Ansicht des Vf. insbesondere bei mit tuberkulösen Kehlkopferkrankungen kombinierten Fällen.

Während für Kehlkopftuberkulose sich das milde Inselklima am meisten eignet mit dem hohen, ziemlich gleichmäßigen Feuchtigkeitsgehalt der Luft, mit den in zerstäubter Form beigemengten Salzwasserpartikelchen der Atmosphäre eine wahre, natürliche Inhalation bietend, gibt es wohl auch Plätze der Quarnero- und der Rivieraküste, wo für Kehlkopfkranke ebenfalls günstige Faktoren zusammenwirken. Cirkvenica mit ihrer verhältnismäßig hohen Luftfeuchtigkeit (75%) und Abbazia mit ihrem noch höheren psychrometrischen Werte (78%), welches sehr nahe

dem von Ajaccio (80%) kommt, entsprechen für gar manche dieser Fälle. An der italienischen Riviera ist hauptsächlich Nervi in dieser Beziehung hervorzuheben. Alle Patienten, die wir im südlichen Seeklima Europas überwintern lassen, genießen selbstredend außer den geschilderten Vorteilen die allgemeinen Vorzüge des milden Seewinters. Die schonende Abhärtung des Körpers durch die Luftströmungen, das Fernebleiben von schroffen Temperaturwechseln in der gleichmäßigen Atmosphäre des für den Winter als immenses Wärmereservoir geltenden großen Wassers, die gelinde Erhöhung des Stoffwechsels, die sedative schlaferzeugende Macht der Seeluft etc. sollen als bekannte Tatsachen hier nur berührt werden.

Diese günstigen Verhältnisse aber sind für eine anstaltliche Winterkur der genannten Krankheitsgruppen nicht nur angenehme Zugaben, sondern resultieren eine mächtige Beförderung der Liegekur im Freien. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 11, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Die Wirkung der Franzensbader Moorbäder auf den Stoffwechsel. Von H. Nenadovics in Franzensbad.

Die Untersuchungen des Vortragenden beziehen sich auf 17 Moorbäder von mitteldicker Konsistenz von 27 und 31° R., von 15 und 30 Minuten Badedauer; die Beobachtungszeit umfaßte 35 Tage. Es zeigte sich folgendes: Das Körpergewicht blieb fast unverändert; die Harnmenge wurde kleiner; das spezifische Gewicht und der Gefrierpunkt verhielten sich der Harnmenge stets umgekehrt proportioniert; der gesamte Stickstoff wies bei den kühleren Moorbädern eine Steigerung, bei den heißeren dagegen eine Abnahme auf; die Menge des Harnstoffes wurde bedeutend kleiner; der gesamte Phosphor wurde in größerer Menge ausgeschieden; die Azidität des Harnes wurde gesteigert, ebenfalls die Menge des Chlornatriums. Der Koeffizient Pöhls (N:P) zeigte, daß die kühleren Moorbäder die Nervensubstanz schonen, die heißeren dagegen dieselbe angreifen. Der Koeffizient von Koranyis deutete auf eine stets gute Arbeit der Nieren hin. Das Verhältnis der Grammoleküle des Harnstoffes zu den Grammolekülen der übrigen Achloride zeigte, daß die Oxydationsprozesse im Körper herabgesetzt wurden.

Auf Grund dieser Daten läßt sich über die Wirkung der Franzensbader Moorbäder auf den Stoffwechsel zusammenfassend sagen: Die Harnmenge wird kleiner, obwohl die Nieren gut arbeiten und trotzdem sich eine Neigung zur Obstipation einstellt. Die Oxydationsprozesse im Körper werden herabgesetzt, die kühleren Moorbäder schonen die Nervensubstanz und greifen hauptsächlich die Muskelsubstanz an, die heißen Moorbäder schonen dagegen die Muskelsubstanz und greifen die Nervensubstanz an.

Es läßt sich eine Andeutung darauf herauslesen, daß die Moorbäder von 30 Minuten Badedauer eingreifender wirken als die von 15 Minuten, und die von 31° R. eingreifender wirken als die von 27° R.; es scheint weiters, daß die längere Badedauer und die höhere Temperatur auf die Harnmenge und auf das Chlornatrium eine analoge Wirkung ausüben. Manche dieser Beobachtungen decken sich mit der empirischen Anschauung über die Wirkung der Moorbäder. Manche der beobachteten Erscheinungen lassen sich aus der Temperaturwirkung der Bäder erklären, N. ist jedoch nicht imstande, auch die Herabsetzung der Oxydationsprozesse durch diese Temperaturwirkung zu erklären. Der Vortragende kann sich der Vermutung nicht verschließen, daß vielleicht der nachgewiesenen radioaktiven Eigenschaft des Franzensbader Moores die depressive Wirkung desselben auf die Oxydationsprozesse zuzuschreiben ist. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 11, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Ueber Spinalanalgesie. Von Dr. M. Silbermark.

Vf. referiert über 200 Fälle der Abteilung v. Mosetig, bei welchen die Bier'sche Anästhesie angewendet wurde. Benützt wurde eine 3%ige sterilisierte Lösung von Eukain, von welcher 2 cm³ = 0·06 Eukain eingespritzt wurden; für kleinere Eingriffe genügten 0·03. Die Injektion wurde an dem sitzenden Patienten zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel vorgenommen. Daß dabei die peinlichste Antisepsis beobachtet werden muß, ist selbstverständlich.

Mit Hilfe dieser Anästhesie wurden auch sehr große Eingriffe an den unteren Extremitäten, an den Geschlechts- und Harnorganen, sowie in der Leistengegend (Hernienoperation, Kastration, vaginale Totalexstirpation, Resektion des Rektums, Amputation der unteren Extremität, Kniegelenksresektion etc.) vorgenommen. Die Analgesie fängt bereits nach 5 Minuten am Damme an und breitet sich von hier einerseits bis zur Nabelhöhe, anderseits gegen die unteren Extremitäten zu aus. Die Anästhesie ist nach 10—15 Minuten vollständig und dauert häufig länger als eine Stunde.

Toxische Erscheinungen leichten Grades wurden in zirka 20% der Fälle beobachtet und bestanden in Erbrechen, Singultus, Dyspnöe, Schweißausbruch, Kollaps; in zwei Fällen war ein derartiges Muskelzittern vorhanden, daß ein Operieren unmöglich schien; wenige Tropfen Chloroform genügten, um diese Störung zu beheben. Dauernde Störungen oder Spätfolgen der Injektion wurden nicht beobachtet. Eine unangenehme Nebenerscheinung war die postoperative Temperatursteigerung bis über 38°, die in dem größten Teil der Fälle sich gezeigt hat und nach Verlauf von 2—3 Tagen verschwand, ohne daß eine Störung der Wundheilung zu bemerken gewesen wäre.

Die einzige Kontraindikation ist nach Ansicht des Vf. ein Alter unter 10 Jahren; auch bei jugendlichen Personen bis zu 16 Jahren ist Vorsicht geboten, ebenso auch bei Potatoren, die zu Kollaps und anderen unangenehmen Zufällen neigen. Arteriosklerose, Tabes, Vitien, Lungenerkrankungen, höheres Alter (über 50 Jahre), herabgekommene Körperkraft bieten durchaus keine Kontraindikation; Vf. behauptet sogar, daß gerade alte, dekrepide Leute die Spinalanalgesie sehr gut vertragen und daß gerade sie keinerlei unangenehme oder gefährliche Erscheinungen zeigen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1904.) E.

Zur Epityphlitis-Frage. Von Prof. O. v. Büngner.

In dem anatomischen Teil seiner Arbeit führt Vf. den Beweis, daß bei der akuten Epityphlitis — in den Anfangsstadien — der Schwerpunkt der Erkrankung in den Lymphapparat zu verlegen ist und daß es nicht gerechtfertigt erscheint, den Schleimhautveränderungen im akuten Krankheitsstadium besondere Bedeutung beizulegen. Auch stimme der Vergleich der akuten Epityphlitis mit einer Phlegmone des Wurmfortsatzes gar nicht; da bei der Epityphlitis hauptsächlich der lymphatische Apparat, der im Wurmfortsatz eine große Mächtigkeit besitzt, mitbeteiligt ist; es könne sich daher hauptsächlich nur um eine Follikulitis oder Perifollikulitis und beim Uebergreifen der Entzündung auf die Umgebung um eine Lymphangitis handeln.

Um leichter eine Einigung über die Behandlung der Epityphlitis zu erzielen, schlägt Vf. eine Einteilung der akuten Form in sechs Gruppen vor, deren Abgrenzung auf einer anatomischen Grundlage aufgebaut ist und gleichzeitig auch von denjenigen Autoren benützt werden kann, die die Fälle dem klinischen Bilde nach unterscheiden.

In Bezug auf die Behandlung ist Vf. der Ansicht, daß die chronischen Fälle unter jeder Bedingung operiert werden sollen, sei es, um die Beschwerden zu beheben, sei es, um Rezidive zu verhindern; nur solle man nicht zu lange zuwarten, sondern sofort nach Ablauf der akuten Erscheinungen operieren. Vf. legt keine Ligatur dem Wurmfortsatz an, sondern exstirpiert ihn ganz und stülpt die untere Aussackung des Cökums gleichmäßig ein;

dabei drainiert Vf. die Bauchhöhle mit einem schmalen Gazestreifen prinzipiell in jedem Falle, ohne je davon einen Nachteil für die Festigkeit der Bauchnarbe gesehen zu haben.

Die akuten Fälle sollen ebenfalls sehr frühzeitig operiert werden, und zwar sowohl diejenigen, bei welchen schwere Komplikationen in Form von embolischen Abszessen, septischer Bauchfellentzündung, auftreten, als auch die Fälle, die unter dem Bilde der progradient-eitrigen Peritonitis oder der eitrigen Perityphlitis verlaufen. Bei Mitbeteiligung des Peritoneums empfiehlt Vf. die breite Eröffnung des Peritoneums — mit besonderer Berücksichtigung der günstigen Abflußverhältnisse — an mehreren Stellen. Hingegen unterläßt Vf. die Ausspülung des Peritoneums und das Eventrieren der Därme behufs Reinigung derselben von Eiter und Fibrin, da er der Ansicht ist, daß das Peritoneum mit den letzten Resten von Eiter selbst fertig wird, wenn man mit der Operation nicht zu lange zuwartet. Die Entfernung des Wurmfortsatzes im akuten Stadium hält Vf. nur insoferne für erlaubt, als es gelingt, ohne weitgehende Zerstörung der die freie Bauchhöhle schützenden Adhäsionen dies zu erreichen.

In Bezug auf die Behandlung der unter dem Bilde der Epi- und Perityphlitis simplex verlaufenden Fälle, über deren operative Behandlung nicht einmal unter den Chirurgen eine Einigung herrscht, möchte Vf. auf folgender Basis eine Verständigung herbeiführen: Die Beobachtungen des Vf. und anderer Autoren ergeben, daß in den ersten 48 Stunden bei der Epityphlitis simplex die Entzündung auf den Wurmfortsatz beschränkt bleibt. Dementsprechend sind auch die Operationsresultate in den ersten 48, oder noch besser in den ersten 24 Stunden sehr günstig. Vom zweiten bis zum fünften Tage bilden sich die Adhäsionen aus, die den Prozeß von der übrigen Bauchhöhle abschließen, und die Zerstörung derselben ist selbstverständlich mit Gefahren verbunden; hingegen sprechen die Beobachtungen des Vf., daß die interne Therapie in diesem Stadium Gutes zu leisten imstande ist. Vf. ist daher der Ansicht, daß Fälle von Epityphlitis simplex nur operiert werden sollen, wenn man Gelegenheit hat, dies in den ersten 24—48 Stunden zu tun. Kommt man später zum Falle, so soll man der internen Behandlung den Vorzug geben. Hingegen soll der Chirurg den Fall stets mitbeobachten, um, wenn trotzdem die dringende Notwendigkeit der Operation eintreten sollte, rechtzeitig eingreifen zu können. — (Langenb. Arch., Bd. 74, H. 3.) E.

Beiträge zum Diabetes in der Chirurgie.
Von Prof. Dr. Kausch.

Vf., der sich längere Zeit mit der Bedeutung des Diabetes in der Chirurgie beschäftigt, hat die Beobachtung gemacht, daß nach frischen Verletzungen, namentlich Frakturen, spontane Glykosurie auftritt, die bald verschwindet. Im ganzen hat er bisnun elf hieher gehörige Fälle, darunter neun Frakturen, beobachtet. Die Glykosurie besteht nur kurze Zeit, 1—8 Tage, und verschwindet vollständig, ohne die geringsten Störungen zurückzulassen. Als Ursache für die Glykosurie nimmt Vf. entweder die rein mechanische Erschütterung des Nervensystems oder die psychische Wirkung des Traumas auf dasselbe an. Im Zustande der Glykosurie vertragen die Patienten die chirurgischen Eingriffe nicht gut und es ist daher ratsam, die notwendigen Eingriffe, natürlich nur, wenn sie nicht sehr dringend sind, bis zum vollständigen Ablauf der Glykosurie zu verschieben.

Im Laufe seiner Beobachtungen von echten Diabetikern hat sich Vf. vielfach überzeugen können, daß bei Operationen an Diabetikern die Narkose die größte Schädlichkeit darstellt, er rät daher, die Inhalationsnarkose zu meiden und durch Lokalanästhesie zu ersetzen. Die Chloroformnarkose schädigt die Diabetiker mehr, als die Aethernarkose und ist daher zu verwerfen; für kurze Narkosen ist der Aetherrausch empfehlenswert. Mehrere hintereinander folgende Narkosen sind, als besonders schädlich, zu meiden, und die Dauer der Narkose soll nach Möglichkeit abgekürzt werden. Außerdem muß man trachten, die Hungerzeit vor der Narkose

auf das Möglichste einzuschränken, daher sollen Diabetiker frühmorgens narkotisiert werden.

Jeder Diabetiker soll, wenn möglich, vor der Narkose in das zuckerfreie Stadium gebracht werden, außerdem sollen Alkalien in größerer Menge, bis zur alkalischen Reaktion des Urins, gereicht werden, um dem Koma entgegenzuarbeiten. Bei eingetretenem Koma ist eine energische Natrontherapie, eventuell der Versuch mit Kohlehydratsäuren (Glykuronsäure) einzuleiten. — (Langenb. Arch., Bd. 74, H. 4.) E.

Schuß durch das Ventrikelseptum des Herzens. Herznaht. Von Dr. Schubert.

Bei einem jungen Menschen, der sich einen Schuß in die Herzgegend beibrachte, wurde wegen der Vermutung einer Herzverletzung die Operation ausgeführt. Resektion eines 6 cm langen Stückes der vierten Rippe. Entfernung des Blutergusses aus der Pleura. Nach Eröffnung des Perikards wird an der vorderen und hinteren Fläche des Herzens je eine Oeffnung gefunden, die mit Katgut verschlossen werden. Die Blutung stand sofort. Das Perikard wurde vollständig geschlossen. Der Patient erholte sich ziemlich rasch und wurde geheilt entlassen. Auf Grund von Experimenten glaubt Vf., daß es sich hier um einen Schuß durch das Ventrikelseptum handelte und erklärt auf diese Weise die relativ langsame Verblutung. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 75, H. 1.) E.

Die Mobilisierung des Duodenums nach Kocher zur Entfernung retroduodenal liegender Choledochussteine. Von Prof. Payr.

Bei der Operation eines im Choledochus eingeklemmten großen Gallensteines, der in der Gegend der Vater'schen Papille saß, gelang die Extraktion des Steines von der angelegten Choledochusinzision nicht. Vf. versuchte daher durch Ablösung des Duodenums, wie es Kocher für andere Zwecke empfahl, an den retroduodenalen Teil des Choledochus zu gelangen, was auch nach Ablösung und Umschlagen des Duodenums medianwärts leicht gelang. In dem nun freigelegten Teil des Choledochus konnte der Stein mit den Fingern leicht zentralwärts verschoben und mit einer Zange von der Choledochotomiewunde aus extrahiert werden. Die Methode kann auch zu diagnostischen Zwecken gute Dienste leisten: man kann genau kontrollieren, ob noch Steine in den tieferen Partien des Choledochus stecken und die Operation danach einrichten. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 75, H. 1.) E.

Totalexstirpation der Skapula, Knochenregeneration und spätere Funktion. Von Dr. Ph. Bockenheimer.

Vf. teilt aus der Klinik v. Bergmann fünf Fälle von Totalexstirpation der Skapula mit, die alle geheilt wurden. In zwei Fällen handelte es sich um maligne Tumoren der Skapula mit Infektion der Drüsen in der Achselhöhle, in zwei Fällen um akute Osteomyelitis und in einem Falle um chronische Osteomyelitis. Die Operation, die früher für eine sehr eingreifende galt, verlief in vier Fällen ohne jeden Zwischenfall, nur in einem Falle trat ein postoperativer Kollaps ein, der aber auch günstig verlief. In keinem Falle war die präliminare Unterbindung der Arteria axillaris notwendig.

In den Fällen von malignen Tumoren konnte natürlich auf die Muskelansätze keine Rücksicht genommen werden, da es sich hauptsächlich darum handelte, den Tumor weit im Gesunden zu exstirpieren, um das Rezidiv zu verhüten, daher war auch die spätere Funktion eine schlechte. Die Funktion des Oberarmes war teils infolge direkter Durchtrennung der Muskelansätze, teilweise infolge der Nervenverletzung ganz aufgehoben, der Vorderarm war funktionsfähig.

Anders gestaltete sich der Verlauf in den Fällen von Osteomyelitis. Hier beschränkte sich Vf. auf die Exstirpation des Knochens unter Schonung der Muskelansätze und des Nervus axillaris und subscapularis und Zurücklassung des Periostes. Die Folge davon war die vollständige Regeneration der Skapula und die Wiederkehr der Funktion. Bei der Operation wurde auch die ganze Cavitas glenoidalis mitentfernt (weil sich gerade

in ihrer Nähe Eiterherde entwickeln) und auch diese wurde vollständig regeneriert; die Funktion des Gelenkes wurde infolge frühzeitiger, noch vor Heilung der Wunde in Angriff genommener passiver Bewegung normal.

Da also unter Anwendung der vom Vf. geschilderten Operationsmethode die Operation nicht schwer auszuführen ist und trotz der anscheinend großen Verletzung die Funktion des Armes bei Schonung des Periostes und der Muskelansätze und bei zweckentsprechender Nachbehandlung wieder zur Norm zurückkehren kann, hält Vf. die Totalexstirpation der Skapula für eine rationelle Operation. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 75, H. 1.)
E.

Ueber den Fußsohlenschmerz und seine Behandlung. (Podalgie, Plantarneuralgie, Tarsalgie, Metatarsalgie, Talalgie, Hackenschmerz). Von Prof. Franke.

Der Fußsohlenschmerz bildet ein sehr häufiges und unter Umständen sehr quälendes Leiden, das aber trotz der großen Wichtigkeit, die es für den praktischen Arzt hat, in der Literatur nur sehr stiefmütterlich behandelt wird. Vf., der sich mit diesem Thema seit längerer Zeit beschäftigt hat, weist darauf hin, daß das Leiden kein einheitliches ist, sondern sich aus verschiedenen Einzelbildern zusammensetzt und daß die Spezialdiagnose nur nach der genauesten Untersuchung gestellt werden kann.

Die wichtigsten Ursachen des Fußsohlenschmerzes sind nach den Beobachtungen des Vf. 1. der Plattfuß, 2. Geschwülste an der Fußsohle, 3. entzündliche und traumatische Erkrankungen, besonders der Bänder, Sehnen und Schleimbeutel der Fußsohle, der Knochen des Fußes und der Weichteile, 4. Erkrankungen der Nerven und 5. Gicht.

Die dritte und vierte Gruppe ist die häufigste und kommt sehr oft im Anschluß an vorausgegangene Infektionskrankheiten, hauptsächlich Influenza, vor. Daß Influenza vorausgegangen ist, erkannte Vf. an der scharf umschriebenen Rötung des vorderen Gaumenbogens, den Veränderungen der Zungenpapillen und der Vergrößerung der Milz. Bei genauer Betastung des Fußes konnte er entweder Knoten in der Fascia plantaris oder Periostitis an der Ferse oder den Metastarsen oder einen Schleimbeutel unter dem Calcaneus oder schließlich eine Neuritis des Nervus plantaris nachweisen.

Diese genaue Diagnose ist unerläßlich, damit die Therapie zielbewußt durchgeführt wird. Wenn Influenzasymptome noch zu entdecken waren, sah Vf. sehr gute Resultate von Darreichung von Natr. salicyl. mit Antipyrin in größeren Dosen. Im akuten Stadium ist Ruhe notwendig. Sehr gute Dienste leisteten dem Vf. Umschläge mit einer Emulsion aus Ol. Terebinthinae, Spiritus und Wasser, die jede 3—5 Stunden erneuert wurden. Heiße Bäder, Karbolquecksilberpflastermull, Gummiabsätze, Korksohlen leisteten in einigen Fällen vorzügliche Dienste. Im akuten Stadium ist Massage kontraindiziert. Wenn diese Therapie versagt, dann müssen die schmerzhaften Knoten entfernt, die entzündeten Schleimbeutel exstirpiert werden; bei nervösem Hackenschmerz hat sich öfter die Exkochleation des zwischen Haut und Faszie gelegenen Fettgewebes mit dem scharfen Löffel bewährt. Bei rein nervösen Formen empfiehlt Vf. Injektion von Karbol- oder Osmiumsäure in die Umgebung des Nerven oder blutige Dehnung. Natürlich müssen auch andere mögliche Ursachen: Syphilis, Alkoholismus, Arteriosklerose berücksichtigt werden und falls sie vorhanden, soll die Therapie entsprechend eingerichtet werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52 u. 53, 1904.)
E.

Akute Kompression der Cauda durch ein Projektil. Operation. Heilung. Von Dr. Fritz Engelmann.

Ein 30jähriger Mann erhielt einen Schuß in die Kreuzgegend. Patient klagte über sehr heftige Schmerzen und über unwillkürlichen Abgang des Urins; in den nächsten Tagen stellten sich noch Beschwerden von Seiten des Mastdarmes ein. Die motorische Kraft der Beine war erhalten, hingegen die Sensibilität in der Gegend des Dammes gestört; Patellarreflex vorhanden, Achillessehnenreflex

fehlte. Die Diagnose lautete auf Läsion der Cauda equina durch das eingedrungene Projektil und wurde durch die Röntgen-Untersuchung bestätigt.

Bei der Operation gelang es unschwer, nach Abmeißelung des Dornes des fünften Lendenwirbels und Erweiterung der Wunde, das im Wirbelkanal liegende Projektil zu entfernen. Schon am Tage der Operation wurden die Schmerzen geringer und hörten bald auf; die Funktion des Mastdarmes stellte sich nach 10 Tagen und die der Blase nach 16 Tagen ein. Die Sensibilitätsstörung schwand am spätesten und war vier Wochen nach der Operation noch nicht ganz verschwunden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1904.) E.

Ueber Mißbrauch der Sehnentransplantation. Von Prof. H. Oppenheim in Berlin.

Vf. behauptet, daß über die positiven Erfolge der Sehnentransplantation zu viel, über die Mißerfolge zu wenig oder gar nicht berichtet werde. Die Orthopäden seien meist in der Auswahl der Fälle nicht vorsichtig genug. Die Sehnenüberpflanzung solle sich auf die aus einem abgelaufenen Leiden resultierenden Lähmungszustände beschränken, also auf die unter dem Namen „Kinderlähmung“ bekannten Folgezustände der Poliomyelitis anterior acuta. Er habe drei Fälle untersucht, in denen eine fortschreitende und selbst deletäre Erkrankung des zentralen Nervensystems, offenbar infolge Fehldiagnose, Anlaß zur Sehnenüberpflanzung geboten hatte. Der erste Fall betraf einen 20jährigen Mann, der seit seinem achten Lebensjahr an progressiver Muskelatrophie litt. Da Peroneuslähmung vorhanden war, wurde der Musculus triceps surae gespalten und zur Hälfte auf die Sehne des Musculus peroneus longus überpflanzt. Der Erfolg war negativ; denn Vf. fand, als er $^1/_2$ Jahr nach der Operation den Patienten untersuchte, keine aktive Abduktionsmöglichkeit des Fußes und im Musculus triceps surae partielle Entartungsreaktion.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein Poliomyelitis anterior chronica; hier war der Extensor hallucis longus auf den Musculus tibialis anticus verpflanzt worden. Vf. sagt, eine Muskeltransplantation habe bei einem progredienten Leiden keinen Zweck, da eine Muskelgruppe, die bei der Operation noch intakt erscheint und deshalb zur Ueberpflanzung benützt wird, nach kurzer Zeit schon auch von der Lähmung ergriffen sein kann.

Der dritte Fall wurde von einem „berühmten Vertreter der orthopädischen Chirurgie“ operiert. Es handelte sich um eine Dame, die im Sommer 1904 mit Schmerzen und Lähmungen im linken Cruralis- und Ischiadikusgebiet erkrankt war. Im September 1904 wurde eine Sehnenüberpflanzung am Unterschenkel vorgenommen, im Dezember 1904 kam sie zu Vf., und dieser diagnostizierte einen Tumor des XI. Brustwirbels, der durch Kompression des Rückenmarkes die Erscheinungen bei der Patientin verursacht hatte. Vf. schließt: „Wir stehen hier vor einer großen Gefahr, vor einem aus Oberflächlichkeit oder Unkenntnis entspringenden Mißbrauch, vor dem nicht ernst, nicht dringend genug gewarnt werden kann. Der Chirurg, der Orthopäde, der eine Sehnentransplantation ausführen will, hat die Pflicht, sich vorher davon zu überzeugen, daß er ein abgelaufenes, nicht fortschreitendes Leiden vor sich hat.“ — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7, 1905.)

Klar, Heidelberg.

Einige Bemerkungen zu der Arbeit Oppenheims: „Ueber Mißbrauch der Sehnentransplantation“. Von A. Hoffa in Berlin.

Vf. gibt zu, daß er infolge einer Fehldiagnose — Neuritis — den oben erwähnten dritten Fall operiert hat. Die Fehldiagnose ist aber begreiflich und sehr wohl verzeihlich, wenn man die Anamnese und den Status berücksichtigt, der zu der Zeit des Eintrittes der Patientin in die Behandlung Vfs. bestand. Die 37 Jahre alte Patientin gab an, bis auf eine schwere Influenza, die sie vor 5—6 Jahren überstand, ganz gesund gewesen zu sein. Erbliche Belastung war nicht vorhanden. Im November 1903 sei sie vom Trottoir abgeglitten und hingefallen, wobei sie besonders mit dem linken Knie aufschlug. Am

nächsten Tage stellte sich taubes Gefühl ein. Behandlung mit Elektrizität und eine Kur in Warmbrunn waren ohne Erfolg. 14 Tage vor dem Eintritt in Vfs. Behandlung soll auch der rechte Fuß schwach geworden sein, und es sollen sich Schmerzen im Verlauf des rechten Ischiadikus eingestellt haben, die jedoch wieder abgenommen hatten. — Patientin war eine abgemagerte, muskelschwache Dame mit Hautödem am Thorax und an den Beinen. An beiden Füßen bestand Equino-Varusstellung, links viel hochgradiger als rechts. Links war aktiv nur geringe Plantarflexion und Supination möglich. Rechts Supination gut, Pronation, Plantar- und Dorsalflexion eingeschränkt. Gang sehr erschwert, nur mit Stöcken möglich, Füße werden nachgezogen. Keine Entartungsreaktion, keine Sensibilitätstörungen. Blase, Mastdarm, Urin normal. Wirbelsäule ohne Deformation, nirgends druckempfindlich. Die Diagnose wurde auf Neuritis gestellt, ätiologisch wurde die Affektion auf das Trauma zurückgeführt. Die Paresen, die neuralgischen Schmerzen, sowie das Hautödem vervollständigten das Krankheitsbild.

Um der Patientin wieder auf die Beine zu helfen, verlängerte Vf. die Achillessehne, verkürzte die Extensoren und verpflanzte die Sehne des Musculus tibialis anticus auf das Kuboid.

Mitte November 1904 wurde Patientin wesentlich gebessert entlassen, sie konnte mit einem Schienenhülsenapparat leidlich gehen.

Die Fehldiagnose ist nicht auf „Oberflächlichkeit oder Unkenntnis" zurückzuführen — und Vf. verwahrt sich gegen diesen Vorwurf Oppenheims — sondern auf das frühe Stadium der Erkrankung. Vf. tritt weiterhin der Ansicht Oppenheims entgegen, daß man nur bei stationären Lähmungszuständen Sehnenüberpflanzungen vornehmen dürfe; auch bei manchem progredienten Leiden kann und muß man Sehnentransplantationen vornehmen, um einen Gebrauch der Füße wenigstens für einige Zeit zu ermöglichen. So hat z. B. Vulpius bei einem Fall von progressiver Muskelatrophie operiert, und noch ein Jahr nach der Operation zeigte der Patient gute Stellung und Funktion des Fußes.

Und schließlich ist man doch zur Vornahme einer Operation nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, durch die man dem armen Kranken wieder für ein weiteres Lebensjahr auf die Beine helfen kann. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8, 1905.) Klar, Heidelberg.

Zur chirurgischen Behandlung des kallösen, penetrierenden Magengeschwüres. Von Dr. H. Hinterstoisser in Teschen.

An der Hand von drei ausführlichen Krankengeschichten bespricht Vf. die Symptomatologie der penetrierenden Magengeschwüre, die mit mächtigen narbigen Veränderungen der Ränder und ausgedehnten Verwachsungen mit der Umgebung, oft auch mit Divertikelbildung der Magenwand einhergehen: häufiges, zum Teil blutiges Erbrechen, außerordentlich heftige Schmerzen, speziell im rechten Epigastrium, palpabler Tumor in der Pylorusgegend; auch Ikterus wurde bei dieser Erkrankung beobachtet. Die Operation bestand in allen drei Fällen in Extirpation der erkrankten Partie. In einem Falle wurde die Gastrojejunostomie nach Kocher angeschlossen, in den beiden anderen Fällen die vordere Gastroenterostomie mittels Murphy-Knopf; letzterer mußte in einem Fall durch eine Relaparotomie und Gastrotomie nach vier Monaten geholt werden, da er dem Patienten Beschwerden verursachte. Sämtliche drei Fälle betrafen Männer im mittleren Lebensalter. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 3, 1905.)
Lewisohn, Heidelberg.

Hintere Gastroenterostomie bei Magengeschwür. Von Dr. Huntington in San Francisco.

Vf. bespricht in einem Vortrag an der Hand von zwölf Fällen, deren Krankengeschichten er kurz skizziert, die Erfolge, die er mit der v. Hackerschen Gastroenterostomie bei Magengeschwür und seinen Folgezuständen (Pylorusstenose, Dilatatio ventriculi, Sanduhrmagen) erzielte. In allen fraglichen Fällen rät er zur Probe-

laparotomie. Die Anastomose führt er stets mittels Naht aus und verwirft sowohl die Mc Graw'sche elastische Ligatur wie auch den Murphy-Knopf, erstere, weil die neue Passage erst nach mehreren Tagen frei wird, letzteren wegen der Gefahren eines metallischen Fremdkörpers und weil er die Oeffnung größer wünscht, als sie ihm der Knopf liefert. Zur Vermeidung eines Circulus vitiosus läßt er stets der Gastroenterostomie eine Jejunum-Anastomose folgen und verschließt außerdem den zuführenden Schenkel durch eine zweireihige Matratzennaht. Von den drei Todesfällen basierten zwei auf Lungenphthise (14 Tage, respektive sechs Wochen post operationem) und einer auf einem Circulus vitiosus, der die Patientin so geschwächt hatte, daß die am zehnten Tage ausgeführte Enteroanastomose keinen Erfolg mehr hatte. Dauer der beiden Anastomosenoperationen zusammen zirka 30 Minuten. — (California State Journal of Medecine, Nr. 12, Vol. II., 1904.) Lewisohn, Heidelberg.

Die operative Behandlung des perforierten Magengeschwüres. Von A. B. Atherton.

Vf. betont die Wichtigkeit sofortiger Operation in diesen Fällen. Für die Diagnose kommen neben anamnestischen Daten von Magenbeschwerden vor allem die Lokalisation und Intensität der Schmerzen und die bretthartе Spannung der Bauchmuskulatur in Betracht. Das Fehlen von Shoksymptomen und das Vorhandensein der normalen Leberdämpfung darf die Diagnose nicht beeinträchtigen. Gewöhnlich sind die Fälle von Erbrechen, zum Teil blutigem, begleitet. — (Annals of Surgery, Nov. 1904.)

Lewisohn, Heidelberg.

Ueber Bildung eines Sanduhrmagens infolge chronischer Magengeschwüre. Operation. Heilung. Von Dr. Scudder in Boston.

Bei einer 38jährigen Patientin, die seit 10 Jahren an heftigen Magenbeschwerden litt, fanden sich bei der Laparatomie zwei auf dem Boden eines Ulkus entstandene stenosierende Narben, von denen die eine den Pylorus verengte und mittels Gastroduodenostomie ausgeschaltet wurde, während die andere, ungefähr in der Mitte des Magens gelegene, zur Bildung eines Sanduhrmagens Veranlassung gegeben hatte, was eine Gastroanastomose nach Wölfler erforderlich machte. Beide Operationen wurden in einer Sitzung mittels Naht ausgeführt. Vf. bespricht dann kurz die Diagnostik des Sanduhrmagens; im wesentlichen kommen folgende Symptome in Betracht: 1. Beim Ablassen der vorher gemessenen Spülflüssigkeit zeigt sich ein Defizit, das auf der im distalen Teil verbliebenen Wassermenge basiert, 2. nachdem das Spülwasser bereits längere Zeit klar abgelaufen ist, entleert sich plötzlich ein Schuß ganz trüber Flüssigkeit aus dem Magenschlauch, der von der im distalen Schenkel stagnierenden Flüssigkeit stammt, 3. auch nach scheinbarer vollständiger Entleerung des Magens hört man noch Plätschergeräusch, da eben nur der proximale Sack entleert wurde. — (The Boston Medical u. Surg. Journal, Nr. 25, 1904.)

Lewisohn, Heidelberg.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber die durch den Descensus ovariorum hervorgebrachten Beschwerden und ihre Behandlung. Von Gottschalk.

Vf. bespricht vorerst die Ursachen des dauernden Tiefertretens der Ovarien. Sie ist bedingt durch eine relative Insuffizienz der Elastizität des Aufhängebandes. Diese Erschlaffung ist oft Teilerscheinung einer allgemeinen Atonie des Peritoneums und der unter demselben gelegenen bindegewebigen Elemente, bezw. Enteroptose, als Endstadium abgelaufener Beckenbauchfellentzündung. Weiters kann es zu einer narbigen Verkürzung und dadurch bedingten Einschränkung der Beweglichkeit kommen durch entzündliche Affektionen des bindegewebigen Anteils des Aufhängebandes. Schließlich ist bei Retroflexio uteri ein Descensus ovarii zu beobachten, und zwar zumeist der linken Seite; letzteres wohl bedingt durch den Mastdarmabschnitt, welchem das Corpus uteri ausweicht. Vf. geht dann auf die Besprechung



der Folgen über, welche eine Senkung der Ovarien nach sich ziehen. Vorerst ist zu bemerken, daß letztere überhaupt vollkommen symptomenlos verlaufen kann und mithin auch in therapeutischer Beziehung nichts zu veranlassen sein wird. Anders liegt jedoch die Sache, wenn durch die im verlagerten Ovarium hervorgerufene Stauung Kreuzschmerzen, Schmerzen in der betreffenden Seite des Unterleibes, Dysmenorrhöe, sowie durch den Druck auf den Mastdarm Schmerzen beim Stuhlgang verursacht werden. Letzterer Umstand führt auch oft zu hartnäckiger Obstipation, indem der Stuhl wegen der durch die Defäkation verursachten Schmerzen möglichst lange zurückgehalten wird. Einigemale wurde auch der sogenannte „Mittelschmerz" beobachtet. Es werden damit wehenartige Unterleibsschmerzen bezeichnet, die genau in der Mitte eines Menstruationsintervalls auftreten. Wenn das herabgesunkene Ovarium im Douglas fixiert ist, dann treten Druckerscheinungen der entsprechenden Sakralnerven auf. Dazu kommen noch die durch sekundäre Veränderungen des Eierstockes ausgelösten Reizerscheinungen, die dann ganz besonders lästig sind, wenn sie im Anschluß an einen hinteren Scheidenbauchschnitt auftreten. Auch auf reflektorischem Wege können Beschwerden ausgelöst werden, am häufigsten Kopfschmerzen, Wallungen und Erbrechen. Bezüglich der Therapie ist in erster Linie auf Regelung des Stuhlganges zu sehen, und zwar auf diätetisch-physikalischem Wege. Abführmittel sind strengstens zu meiden. Bei allgemeiner Enteroptose ist eine gut sitzende Leibbinde zu verordnen. Dann hat man festzustellen, ob nach Reposition des gesenkten Ovariums die vorhandenen Beschwerden sinken. Die Reposition versucht man durch feste Tamponade des hinteren Scheidengewölbes oder auf bimanuellem Wege, eventuell mittels Quecksilberkolpeurynter. Rühren die Beschwerden tatsächlich vom Deszensus her, dann wird man das reponierte Organ in seiner normalen Lage festzuhalten suchen. Dies kann man bewerkstelligen durch ein passendes Hodge oder Thomaspessar. Ist das Ovarium fixiert, dann verordnet man heiße Scheiden- oder Mastdarmirrigationen und heiße Sitzbäder und tamponiert das hintere Scheidengewölbe mit in 10% Thiolglyzerin getränkten Wattebauschen. Wenn der Zeitpunkt geeignet erscheint, so werden die gelockerten Verwachsungen vorsichtig bimanuell durch Massage gelöst. Wenn das konservative Vorgehen versagt und man genötigt ist, den Deszensus des Ovariums zu operieren, so empfiehlt sich, die Drüse an das hintere Blatt des Ligamentum latum oberflächlich durch Naht zu befestigen und das blinde Ende des Douglas durch Naht zu schließen. Weiters empfiehlt der Vf. bei Vornahme von vaginalen Cöliotomien in phrophylaktischer Hinsicht, die Ovarien an ihren Platz zurückzuschieben und für isolierten Abschluß der Peritonealwunde Sorge zu tragen. — (Heilkunde 1903.)

Königstein.

Caveant. Von R. Chrobak.

Der Schwerpunkt in den Ausführungen des Vfs. liegt in der Beleuchtung aller Mängel und Fehler, welche die Ausbildung der Medizin studierenden jungen Leute derzeit im allgemeinen und ganz speziell die der Gynäkologen in Oesterreich, bezw. Wien, aufweist. Der Vf. drückt sein tiefstes Bedauern darüber aus, daß das Spezialistentum in immer stärkerem Maße überhand nimmt und dadurch die alte, so segensreiche Institution der Hausärzte erschüttert und fast überflüssig gemacht wird. Vf. warnt besonders vor den gynäkologischen „Sechswochen-Spezialisten", die in ihrer oft unkontrollierbaren Tätigkeit häufig auf eine abschüssige Bahn geraten. Als erstrebendes Ziel wäre eine gleichmäßige gediegene Ausbildung in allen medizinischen Fächern anzusehen und den jungen, eben approbierten Aerzten die Verpflichtung aufzuerlegen, eine genügend lange Zeit im Spital zu praktizieren. Dann müßte ein Uebergang geschaffen werden von der Spital- zur Privatpraxis. Die Anforderungen, welche letztere an den Arzt in jeglicher Beziehung stellt, sind nicht geringe. Der junge Arzt sieht sich oft in der Privatpraxis den schwierigsten Verhältnissen gegenübergestellt, ohne die geringste

Kenntnis von den Bedürfnissen des Publikums und der eigentlichen Krankenpflege zu besitzen. Vf. glaubt die Polikliniken als natürlichsten und besten Uebergang von der Spital- in die Privatpraxis bezeichnen zu können und verlangt, daß dieselben vermehrt werden. Dringend geboten erscheint dem Vf., bei der Reorganisation des Krankenhauswesens dafür Sorge zu tragen, daß auch verheirateten Frauen kostenlos die sachgemäße Anstaltsbehandlung bei Entbindungen zuteil werde. Zu diesem Behufe müßten allerdings neue Institute gegründet werden und die alten einer gründlichen, den modernen Anforderungen entsprechenden Umwandlung unterzogen werden. Dem Mangel an ungenügender Anzahl vorhandener gynäkologischer Abteilungen mit einer entsprechend großen Bettenanzahl müßte ebenfalls abgeholfen werden, indem es einerseits im Interesse der leidenden Frauen liegt, anderseits das Fortkommen wirklich gut ausgebildeter Spezialisten dadurch gefördert wird. Auf einen ganz krassen Uebelstand stößt man in der Behandlung gonorrhöisch infizierter Frauen. Sind dieselben spitalsbedürftig, so kommen sie nach erfolgter Spitalsaufnahme auf die „venerischen" Stationen. Dort findet man junge unbescholtene Frauen, die das Unglück hatten, gleich im Beginne der Ehe vom Manne infiziert zu werden, mit syphilitischen Puellae public. zusammenliegen. Es wäre Pflicht des Staates, den in mancher Beziehung trostlosen Verhältnissen Abhilfe zu schaffen. — (Berichte a. d. II. geb.-gynäk. Klinik in Wien, 1902.)

Königstein.

Uterusfibrom mit Kompression der Ureteren. Von Dauveryne.

Vf. berichtet über eine 55jährige Patientin, die infolge eines das Becken ganz ausfüllenden Fibroms etwa durch 6 Jahre an sehr starken Blutungen litt. Allmählich gesellten sich hiezu immer heftiger auftretende urämische Erscheinungen, Dysurie, zeitweise ganze oder relative Anurie, Erbrechen, Dyspepsie, Albuminurie 3‰ etc. Vf. schritt aus letzteren Gründen zur Vornahme der Entfernung des Tumors mittels Hysterectomia totalis. Die Operation war wegen Einkeilung des Tumors ziemlich schwierig. Sofort nach der Operation schwindet das Erbrechen und die Dyspnöe. Vom zweiten Tage an ist der Urin frei von Albumen und die ausgeschiedene Menge hebt sich zusehends. Der Heilungsverlauf war ein vollkommen glatter. — (Lyon méd. 1903.) Königstein.

Erfahrungen über 100 meduläre Tropokokainanalgesien. Von Schwarz.

Vf. berichtet über 100 einschlägige Fälle mit ausführlicher Beschreibung der betreffenden Operationen, der Injektionstechnik und der auftretenden Erscheinungen vor und nach der Operation. Vf. macht ganz besonders darauf aufmerksam, daß die bei der subarachnoidalen Einverleibung des Kokains zumeist auftretenden Begleiterscheinungen bei der Anwendung des Tropokokains fast gänzlich vermieden werden. Die Normaldosis 0·05 auf 1 cm^3 Wasser darf hiebei allerdings nicht überschritten werden. Auch ist der analgetische Wirkungskreis kleiner als bei der Anwendung des Kokains. After, Damm, unterer Mastdarmabschnitt, das äußere Genitale beim Manne und beim Weibe, Füße und Unterschenkel konnten sicher und vollständig mit Tropokokain analgesiert werden, in den höheren Regionen konnte jedoch die gewünschte Analgesie nicht mit genügender Konstanz hervorgerufen werden. Vf. zieht nach seinen Erfahrungen die Rachitropokokainisation jeder Art von Inhalationsnarkose überall, wo es angeht, vor. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1902.) Königstein.

Urologie.

Die Harnsäuretheorie der Gicht. Von Chalmers Watson.

Vf. schließt auf Grund der Uebereinstimmung der Laboratoriumsforschung mit den klinischen Erfahrungen an Fällen von ausgesprochener Gicht, daß die Harnsäure kein ausschlaggebender Faktor in der Erzeugung der menschlichen Gicht ist.

Er ist der Meinung, daß eine Hauptrolle bei dieser Erkrankung eine Infektion spielt, und daß durch die Wirkung der Harnsäure diesem infektiösen Prozeß das charakteristische Gepräge der Gicht aufgedrückt wird.

In dieser Hinsicht hält Vf. für die Hauptquelle der Infektion den Digestionstrakt; eine unvernünftige Diät (im Essen und Trinken) äußert eine ganz besonders ungünstige Wirkung auf die Bakterien des Darmkanals.

Dieser Gesichtspunkt vermindert nach Vfs. Meinung in keiner Weise die Wichtigkeit der Vererbung der Gichtkrankheit. — (British medical Journal, 21. Jänner 1905.) V. Blum.

Nephrektomie eines Falles von vereiterter multilokulärer Zystenniere. Von Dr. A. Stauder in Nürnberg.

Anschließend an eine Beobachtung eines Falles von Zystenniere bei einer 48 jährigen Frau erörtert Vf. die Frage, unter welchen Bedingungen man das Recht habe, und wann man gezwungen sei, dem an Zystennieren Erkrankten einen operativen Eingriff vorzuschlagen. In dem angeführten Falle boten rezidivierende Schüttelfröste und Kolikanfälle, sowie die Fühlbarkeit eines großen, schmerzhaften Tumors der linken Niere die Indikation zur Operation, obwohl man über den Zustand der anderen Niere sich auf keinerlei Weise Aufschluß verschafft hatte. Die Eingriffe waren zuerst Nephrotomie, dann sekundäre Nephrektomie, zehn Tage nach der ersten Operation. Mehrere Wochen nach der Exstirpation der linken Niere stellte sich eine deutliche Größenzunahme und Schmerzhaftigkeit der rechten Niere ein.

Aus eigenen Erfahrungen und den Berichten der Literatur zieht Vf. bezüglich der chirurgischen Indikation folgende Schlüsse:

1. Einseitige und beiderseitige Zystenerkrankung untersteht für gewöhnliche Fälle ausschließlich der internen Behandlung, welche mit der der Schrumpfniere übereinstimmt.

2. Der Chirurg hat das Recht, zur Entfernung einer großen Zystenniere zu schreiten, wenn die Folgezustände der Raumbeengung (Dyspnöe, Schmerzen) sehr große und aufreibende sind, eventuell stärkere Hämaturien den Zustand verschlimmern, wenn sich eine Erkrankung der anderen Niere noch nicht nachweisen läßt.

3. Der Chirurg hat die Pflicht, zur Operation der Zystenniere zu schreiten, wenn es sich um lebensgefährliche Zustände, insbesondere Vereiterung der Zysten handelt, wenn die Erkrankung der anderen Niere noch nicht nachweisbar ist, oder wenn die andere Niere nur leicht erkrankt ist.

Die Prognose der Operation der vereiterten Zystenniere ist eine dubiöse, doch gelingt es in einzelnen Fällen, durch die Nephrektomie eine momentane Lebensgefahr zu beseitigen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1905.)

V. Blum.

Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis. Von Gelpke.

Vf. berichtet über einen Fall von chronischer Nephritis, in welchem er als chirurgische Intervention denselben Eingriff unternahm, wie Talma in seiner Operation gegen die Zirrhose der Leber. Dies war im Oktober 1901, zu einer Zeit, da man von Edebohls Operationen noch keine Nachricht hatte. Vf. fügt hinzu, daß Sahli zehn Jahre vorher in einem Falle von chronischer Nephritis die chirurgische Behandlung in Vorschlag brachte, welche von Kocher tatsächlich ausgeführt wurde. Das Resultat war jedoch ein negatives.

Vfs. Meinung war, zum Unterschiede von Edebohls, die Talma'sche Operation für die Niere zu modifizieren. Durch die Entfernung der Kapsel sollen durch die nun eröffnete Zirkulation an der Oberfläche der Niere dieselben Verhältnisse geschaffen werden, wie bei der Omentopexie Talmas. Das Netz wurde auch hiebei dazu benutzt, eine neue Hülle für die Niere abzugeben.

Die Idee dieser Operation entstammt den klinischen Erfahrungen an torquierten Ovarialtumoren. Die Zirkulationshemmung in torquierten Ovarialtumoren



ruft äußerst stürmische Erscheinungen hervor, die dann ihr Ende finden, wenn das Peritoneum an der torquierten Geschwulst adhärent geworden ist, wodurch neue Bahnen für die Zirkulation geschaffen werden.

Das Resultat in dem oben erwähnten Falle und in einem zweiten jüngsten Datums war ausgezeichnet.

In dem einen Falle sank der Eiweißgehalt von 5‰ auf ½‰.

Wenn es nur gelänge, durch die chirurgische Intervention 30—40% der Fälle zu heilen, so wäre dies ein ganz kolossaler Erfolg. Eine besondere Indikation zur Operation besteht in gewissen Fällen von schwerer Kongestion der Niere mit Oligurie und gewissen Herzkomplikationen.

Vielfache Versuche an Kadavern und an lebenden Hunden bewiesen die Harmlosigkeit und Ungefährlichkeit des ganzen Eingriffes. — (Korresp.-Bl. d. Schweizer Aerzte, Bd. XXXIV, Nr. 15.)

V. Blum.

Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Urologie. Von C. Posner.

Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs; Urotropin und dessen Ersatzmittel.

Wenngleich mit der Vervollkommnung der Methoden und der technischen Hilfsmittel die Lokalbehandlung bei Blasenleiden eine dieser Entwicklung entsprechende Rolle spielt, so darf daneben keineswegs die innere Therapie vergessen werden. Nun herrscht allerdings gerade in dieser Beziehung keine allzu große Uebereinstimmung; wohl sind alle Aerzte geneigt, den Wert der sogenannten blanden Diät anzuerkennen, aber beispielsweise schon bei Verbot oder Gestatten alkoholischer Getränke finden sich bereits wesentliche Differenzen, die ihre Steigerung noch bei Verordnung oder Verwerfen der Mineralwässer erfahren.

Die hervorragendste Rolle aber spielt die medikamentöse Behandlung. In dem Urotropin glaubte man endlich ein Mittel zu haben, das die Frage der inneren Behandlung der Blase zumindest im Prinzip löste. Ist jeder Blasenkatarrh, wie wir heute annehmen, das Produkt einer Infektion, so ist es notwendig, ein Mittel einzuführen, das, ohne für den Organismus schädlich zu sein, in der Blase seine antibakteriellen Wirkungen entfalte, und das tut das Urotropin ohne jeden Zweifel. Nichtsdestoweniger kommen wir bei reichlicher und wahlloser Anwendung desselben sehr bald zur Erkenntnis, daß sich in einzelnen Fällen totale Mißerfolge nicht wegleugnen lassen. Die Ursache dieser Mißerfolge liegt nach dem Autor nicht etwa in der Stärke der Infektion, sondern in der Beschaffenheit des Infektionserregers. Das Urotropin ist machtlos in Fällen von tuberkulöser und — was den Leser sicherlich überraschen wird — auch gegenüber gonorrhoischer Zystitis; es entfaltet seine ausgezeichnete Wirkung gegenüber Infektionen mit Kolibazillen, Staphylokokken etc. Die gonorrhoische Zystitis unterliege am sichersten dem Einflusse von balsamischen Mitteln, und dem Terpentin komme eine hohe direkt antikatarrhalische Wirkung zu; selbstverständlich müsse man in der Anwendung desselben vorsichtig sein (anfangs nur 5, später 10 Tropfen dreimal täglich). Das neuerdings eingeführte Helmitol, Verbindung des Urotropins mit Methylenzitronensäure, leistet nicht mehr als das Urotropin, im Gegenteil, eher weniger, insoferne, als die Methylenzitronensäure nur sehr geringe desinfizierende Kraft habe, im Helmitol aber entsprechend seiner Zusammensetzung in der gleichen Gewichtsmenge bloß die Hälfte der wirksamen Substanz, des Urotropins, vorhanden sei, so daß die Medikation doppelt so hohe Dosen verlangt und die Verschreibung, ohne mehr zu leisten, wesentlich teurer ist. Auch das Hetralin, gleichfalls ein Urotropinderivat, weist diesem gegenüber keine Vorzüge auf, und das Griserin, das ja ein innerliches Desinfektionsmittel κατ' ἐξοχήν sein soll, hat sich als total unwirksam erwiesen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1905.)

D.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zincum sulfuricum oder Silbersalze bei der Gonorrhöebehandlung? Von M. Juliusberg.

Das Ziel der Neisser'schen Schule — die Einführung gonokokkentötender Mittel an Stelle der häufig verwendeten Adstringentien — ist sicherlich unanfechtbar, und zwar darum, weil es auf eine ätiologische Einwirkung abgesehen ist; die Causa morbi, der Erreger, soll direkt angegriffen, resp. vernichtet werden. Das Argentum nitricum stehe in dieser Beziehung noch immer an der Spitze der ganzen Reihe seither bekannt gewordener Verbindungen, wie Argentamin, Argonin, Albargin, Ichthargan, Protargol — fast scheint hier das Largin mit einer gewissen Absichtlichkeit übergangen — insbesondere dort, wo es sich um Gonorrhoea posterior handle, während die eben aufgezählten Präparate ihr Feld im akuten Stadium der anterior fänden.

Nichtsdestoweniger, meint der Autor, sei es gewiß bestechend für den Arzt, wenn er durch Behandlung mit Adstringentien, insbesondere mit Zincum sulfuricum, in verhältnismäßig kurzer Zeit alle Beschwerden des Kranken, namentlich den lästigen Ausfluß, beseitigen könne, wobei er vielleicht überdies noch den Eindruck gewinnt, es sei die Behandlung mit Zincum sulfuricum eine ganz besonders gute. Das aber sei Täuschung, denn es handle sich immer nur um Scheinerfolge, da mit dem Aussetzen der Behandlung in zahlreichen Fällen das Leiden in wenigen Tagen rezidiviere, so daß sich, wenn keine wirksamere Behandlung eingeleitet werde, Scheinerfolg und Rezidiv durch Wochen oder Monate hindurch wiederholen, und gerade diese Fälle bilden den Grundstock der chronischen Gonorrhöe.

Trotz all dieser eben hervorgehobenen Nachteile ging der Autor doch an die Nachprüfung des Zincum sulfuricum und behandelte 30 Fälle mittels Injektionen in der Konzentration von 1:400—200. (Injektionen fünfmal täglich, prolongierte Injektion in der Dauer von je 10 Minuten.) Die Fälle waren — wie uns scheint — nicht gerade günstig gewählt, bloß fünfmal handelte es sich um Gonorrhoea anterior, 25 Fälle waren mit einer Erkrankung der Urethra posterior und Prostata kompliziert. In 17 Fällen waren noch nach 10, bezw. 17 Tagen Gonokokken nachweisbar, deshalb wurde im Interesse der Kranken zur Protargolbehandlung übergegangen, in 6 Fällen trat bereits nach 3—4 Tagen Schwinden der Gonokokken ein, aber sie stellten sich auf Provokation neuerdings ein, in anderen 6 Fällen blieb die Zinktherapie absolut erfolglos. Das Zincum sulfuricum müsse daher für die Behandlung des Anfangsstadiums der Gonorrhöe als durchaus unbrauchbar erklärt und vor seiner Anwendung gewarnt werden; dagegen müsse die Protargolbehandlung wärmstens empfohlen werden. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1905.)

D.

Erfahrungen mit Gonosan. Von E. Runge.

Nachprüfung der therapeutischen Wirkungen des Gonosans. Von G. Merzbach.

Der erste der beiden Autoren scheint mit ganz besonderen Hoffnungen an die Anwendung des Gonosan gegangen zu sein, denn obwohl der Ausfluß (seine Erfahrungen betreffen ausschließlich weibliches Material) schon nach 2—3 Tagen geringer wird, seinen eiterähnlichen Charakter verliert und nach 8—10 Tagen eben nur noch hin und wieder vorhanden ist, wollte er das Mittel bereits entmutigt aufgeben, weil sich zeigte, daß unter seinem Gebrauche die Gonokokken doch nicht völlig schwinden. Erst der Bericht von Boß, der gleichzeitig empfiehlt, die Gonorrhöe auch lokal anzugreifen, wies den richtigen Weg, so daß der Autor jetzt nach jeder Richtung hin zufriedengestellt ist.

Das Gonosan, das bekanntlich — so entnehmen wir der zweiten Arbeit — aus der Kawa-Kawa gewonnene Harze, in bestem ostindischen Sandelholzöl gelöst, enthält, kommt in Kapseln à 0·3 g ent-

haltend in den Handel; von diesen 0·3 g entfallen 80% aufs Sandelöl und 20% auf die Kawaharze, von denen speziell dem α-Harz die Eigenschaft zugeschrieben wird, auf die Schleimhaut ischämisierend und anästhesierend einzuwirken. Es werden viermal täglich je zwei Kapseln verabreicht; üble Einwirkungen auf den Magen lassen sich vermeiden, wenn das Mittel nicht nüchtern, sondern nach den Mahlzeiten genommen wird; Nierenreizungen sind nicht beobachtet worden. Es hat eine ausgezeichnet sekretionsbeschränkende Wirkung, hemmt (?) das Weiterwachsen der Gonokokken, zeigt ausgesprochene diuretische Eigenschaften, wirkt schmerzlindernd beim Urinieren und wirkt auch anaphrodisisch, bis zu einem gewissen Grade die lästigen Erektionen herabsetzend.

Ja, Merzbach ist von den vielen guten Eigenschaften des Gonosans so eingenommen, daß er es nicht nur ein ideales Mittel nennt, sondern geradezu behauptet, man begehe eine Unterlassungssünde, wenn man akute Gonorrhöen nicht am ersten Tage mit Gonosan behandle. Die Lokaltherapie setzt schon 2—3 Tage nach Applikation des Gonosans ein, weil dann die akutesten Entzündungserscheinungen der Harnröhre bereits im Abklingen sind. Der Autor ist auch der Ansicht, daß in allen jenen Fällen, wo der Arzt nicht selbst die Lokalbehandlung vornehmen könne, man dem Kranken nicht die „unglückselige und gefährliche Tripperspritze in die Hand geben, sondern ihn bloß mit Gonosan behandeln solle". — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1905.) D.

Dermatologie.

Hygiene und Pathologie der Haut im Säuglingsalter. Von Dr. P. Gastou.

Mitten in die Zeit, wo die einschneidende Bedeutung aller auf die Verringerung der Säuglingssterblichkeit abzielenden hygienischen und prophylaktischen Maßnahmen über den Kreis der Aerzteschaft hinaus zu allgemeiner Würdigung zu gelangen beginnt und alle zur Hebung der alimentären und sanitären Verhältnisse beitragenden Institutionen in den verschiedensten Gesellschaftsklassen die werktätigste Unterstützung erfahren, fällt das eminent aktuelle Unternehmen des bekannten Pädiaters und Philanthropen Dr. H. v. Rothschild, in einem Sammelwerke alle Studien zu vereinen, welche die Hygiene und Pathologie des Säuglingsalters betreffen. In der Redaktion dieses groß angelegten, im Umfange von drei Bänden geplanten „Traité d'Hygiène et de Pathologie du Mourisson" (Tome I, Paris O. Doin, 1904—1905), steht Rothschild ein auserlesener Stab von Mitarbeitern zur Seite, die sich nach ihren Spezialgebieten und individuellen Forschungsrichtungen in der Darstellung des umfangreichen Stoffes teilen. Rothschild selbst hat die noch von fachmännischer Seite zu würdigende Beleuchtung der auf die Säuglingsernährung, Verdauungsstörung, Rheumatismus, Tetanus, Tuberkulose, Skorbut, Erysipel u. a. bezüglichen Fragen übernommen.

Das wichtige Gebiet der Hautpflege und Dermatopathologie ist dem versierten Laboratoriumchef des Hop. St. Louis, Gastou, überantwortet, der seiner Aufgabe in einer monographisch abgerundeten Darlegung aller einschlägigen Daten und Maßnahmen gerecht wird. Dieser dem zweiten Bande einverleibte Abschnitt ist auch selbständig in Buchform erschienen (O. Doin, Paris 1905), und bietet in der klar geordneten Aufteilung des Materials, der plastischen Skizzierung der Krankheitsbilder, sowie in der guten Wahl erläuternder Abbildungen eine gediegene Leistung von hohem didaktischen Werte.

Um die allgemeine Prophylaxe in ihrem weiten Wirkungsfelde vorzuführen und das hohe Schutzvermögen der Hygiene den Dermatosen gegenüber illustrieren zu können, muß Vf. auf die anatomischen und physiologischen Charaktere der vulnerablen Säuglingshaut des näheren eingehen; erst die Kenntnis dieser Verhältnisse kann die pathogenetischen Momente der Heredität, Diathese, Intoxikation und

Infektion verständlich machen. Die hieran geknüpfte Beschreibung der allgemeinen Therapie folgt durchwegs den rationellen Indikationen. Die spezielle Diagnostik der formenreichen Exantheme und Eruptionstypen wurde durch die Vorschaltung einer eingehenden Definition der Elementarläsionen und deren Verkettung bei den einzelnen Krankheitskategorien wesentlich erleichtert. Der Aufteilung in Klassen ist teils das pathologisch-anatomische System Hebras, teils das pathogenetische und ätiologische Prinzip zugrunde gelegt.

Die für den Praktiker in erster Reihe in Frage kommenden entzündlichen Prozesse haben in klinisch-diagnostischer, sowie therapeutischer Hinsicht die genaueste Würdigung erfahren. Die Erytheme, die exfoliativen Dermatitiden, Ekzem, Prurigo rete sind ebenso ausführlich abgehandelt, wie mit einem reichen Arsenal kurativer Maßnahmen erörtert. Hingegen hätten Strofulus, Urtikaria etc. eine eingehendere Berücksichtigung verdient. — (Traitè d'Hygiène et d. Path. d. Nourisson. Rothschild. Paris, O. Doin 1905.)

N.

Augenheilkunde.

Bemerkungen zur Behandlung der Kurzsichtigkeit. Von Schmidt-Rimpler.

Bekanntlich divergieren die Ansichten, ob man Myopen vollkorrigierende Gläser zum konstanten Tragen geben soll oder nicht. Vf. tritt gegen Sattler, der für Vollkorrektion ist, auf und schließt sich Hirschberg an und meint, unter der Voraussetzung, daß man stark und genau individualisiere, ordiniere man jugendlichen Myopen über 2·5 Dioptrien und nicht über 10·0 Dioptrien (also zwischen 2·5 und 10·0 Dioptrien) vollkorrigierende, sonst aber nicht vollkorrigierende Gläser zum konstanten Tragen.

Was nun die Myopie anlangt (Diszission mit nachfolgender Resorption, resp. Extrakiton der Linse nach Fukala), so ist die Operation ein sehr zweischneidiges Schwert.

Die Erfahrungen der meisten sind derart ungünstige, daß viele namhafte Ophthalmologen (so Hirschberg) die Operation nicht mehr üben — unter gar keiner Bedingung. Vf. macht sie nur bei höchstgradig Kurzsichtigen unter Klarlegung der für den Patienten damit verknüpften eminenten Gefahr.

Es zeigt sich nämlich, daß auffällig häufig nach der Operation, und zwar oft erst nach Jahren, durch massige Glaskörpertrübungen, Ablatio retinae u. dgl., komplette Amaurosis auftritt. Man muß namentlich bei den nach der Operation, wenn auch spät nach derselben auftretenden Netzhautabhebungen umsomehr an ein propter hoc und nicht an ein post hoc denken, weil von vielen statistisch konstatiert worden ist, daß die Ablatio bei nicht operierten hohen Myopen in etwa 4—6%, bei operierten hohen Myopen in über 9% der Fälle auftritt. — (Die Ophthalmol. Klinik Nr. 16, 1904.)

Dr. Jänner.

Kann man ein Glaukom mit Adrenalin ohne Operation heilen? Von Dr. Grandclement.

Auf Grund einer zufällig beobachteten starken, druckherabsetzenden Wirkung des Adrenalins machte Vf. Versuche damit beim Glaukom und resümiert er seine Beobachtung wie folgt:

Wir besitzen im Adrenalin, mit Eserin gemeinschaftlich angewandt, ein Mittel, welches uns in Stand setzt, alle mit Spannungsvermehrung primärer oder sekundärer Natur einhergehenden Erkrankungen des Augapfels erfolgreich und ohne Operation zu bekämpfen, aber nur dann, wenn der glaukomatöse Prozeß nicht zu alt ist und nicht etwa nicht mehr rückbildungsfähige plastische Produkte im Auge zur Organisation gelangt sind.

Rp. Adrenalini (1 : 1000) 3·00
Eserini salicyl. 0·05
Aq. dest. 10·00

Man muß dann Adrenalin mit Eserin mindestens halbstündlich, etwa drei Tage lang, ohne Unterbrechung einträufeln; der Gebrauch des Adrenalins ist sofort zu unterlassen, wenn der Druck zur Norm gesunken ist, sonst setzt man das Auge schweren hypotonischen Zuständen mit ihren Folgen aus. — (Die Ophthalmol. Klinik Nr. 16, 1904.) Dr. Jänner.

Kinderheilkunde.

Zur Behandlung des Schnupfens der Säuglinge. Von Dr. L. Ballin.

Der Schnupfen der Säuglinge führt zunächst zu rein örtlichen Beschwerden, zur Atembehinderung, zur Notwendigkeit der Mundatmung, welche wieder das Saugen erschwert oder ganz behindert, und so zur Verhinderung der Nahrungsaufnahme. Aber noch fataler kann der Schnupfen werden, wenn Bronchitiden und Pneumonien seine Folgen sind. Diese Komplikationen dürften recht oft durch Aspiration infektiösen Nasensekrets zustande kommen. Die Unfähigkeit, die Nase nach Bedarf mechanisch zu reinigen und wenigstens vorübergehend wegsam zu machen, die bei der Rückenlage unvermeidliche Ansammlung der Sekrete im Nasenrachenraum, verbunden mit forcierten Inspirationsbewegungen, begünstigen eine solche Aspiration. Solche Gefahren lassen eine rein expektative Behandlung des Schnupfens der Säuglinge gefährlich erscheinen. Eine Methode, gegen die mechanische Verengung der Luftwege und ihre Folgen vorzugehen, gibt das Adrenalin.

Man legt abwechselnd in jedes Nasenloch für 2—3 Minuten kleine Wattetampons, die in eine Adrenalinlösung 1:1000 getaucht sind, dann wird die Schleimhaut anämisch und schwillt ab, eine Wirkung, die 3—4 Stunden im Durchschnitt anhält. Die Prozedur ist drei- bis viermal im Tage zu wiederholen, später seltener. Auftretende Borkenbildung ist mit Präzipitatsalbe zu behandeln. An Stelle der leicht verderblichen Stammlösungen kann man mit Vorteil Hemisintabletten anwenden. Eine Tablette, in 5 cm^3 Wasser gelöst, entspricht einer Lösung von 1:1000 Adrenalin.

Eine Verkürzung der Dauer des Schnupfens findet bei dieser Behandlung nicht statt. Wo eine solche indiziert erscheint, hat sich Einträufelung eines Tropfens einer $^1/_2$—1%igen Höllensteinlösung in jedes Nasenloch bewährt.

Die erzielten Erfolge bei Behandlung mit Adrenalin waren sehr gut. Von 75 Kindern mit Schnupfen wurden 48 mit Adrenalin behandelt, davon bekamen 6 Bronchitis; von 27 nicht behandelten bekamen 12 Bronchitis. Die Erfahrungen haben auch die Ueberzeugung gebracht, daß die Adrenalinbehandlung auch bei der syphilitischen Koryza der Säuglinge nicht nur örtlich günstig wirkt, sondern auch geeignet ist, die große Sterblichkeit dieser Kinder herabzusetzen durch Erschwerung des Zustandekommens der Aspirationspneumonie. — (Therapie d. Gegenw., Febr. 1905.) Nrth.

Behandlung der Bronchopneumonie der Kinder. Von Dr. Northrup.

Vf. will bei der Behandlung der Bronchopneumonie des Kindesalters, die er als „Lungenzellgewebsentzündung" oder auch als „Lungenerysipel" auffaßt und deren unregelmäßigen Verlauf er mit anatomischen Besonderheiten des kindlichen Gewebes und einer Mischinfektion mit in Virulenz und Wachstumsintensität verschiedenen Eiterkokken erklärt, die Aufmerksamkeit bei der Behandlung gerichtet sehen: 1. auf Regulierung der Diät und regelmäßige Darmentleerung, damit es nicht zur Verstopfung und Gasansammlung im Magen und Kolon kommt, was auf Atmung und Herztätigkeit ungünstig einwirkt. Man muß, wenn es nötig erscheint, besonders bei Beginn der Erkrankung, zu Rizinusöl und hohen Darmeingießungen mit Salzlösungen greifen; 2. auf eine reichliche Zufuhr frischer, kühler Luft, deren günstige Einwirkung auf die Blutfarbe, die Toxämie, die Regulierung der Herztätigkeit und die Unruhe des Kindes er feststellt. Patient soll in einem luftigen, möglichst gegen Süden gelegenen Zimmer untergebracht sein. Je höher das Fieber steigt, desto mehr soll für frische, kühle Luft gesorgt werden; 3. Beobachtung vollkommener Ruhe in der Umgebung des Kranken, zu dem nur die nächsten Angehörigen neben der Pflegerin Zutritt haben sollen; 4. Sorge für warme Füße. Heiße Fußbäder, zu denen man Senfmehl zusetzen kann, können sogar unter der Bettdecke verabreicht werden. Sorge für kühlen Kopf mit Hilfe kalter Umschläge und Eisblase; 5. Zufuhr kühler, erfrischender Getränke und

äußerliche Anwendung kalten Wassers zur Herabsetzung dem Temperatur. Häufige Befeuchtung des Gesichtes und der Lippen.

Allgemein hygienische Maßnahmen in Form jedmöglichen häuslichen Komforts stehen bei der Behandlung obenan. — (The Med. News, April 1904; nach Arch. f. Kinderheilk.) Nrth.

Ueber Anwendungsformen des Chinins in der Kinderpraxis. Von Dr. Freudenthal in Peine.

Da der bittere Geschmack des Chinins in Pulver oder in Mixtur für die Kinderpraxis nicht zu verdecken ist, stößt dessen Verordnung auf große Schwierigkeiten; auch seine Anwendung in Form von Suppositorien ist unerquicklich, da das Chinin einen schmerzhaften Reiz auf den Darm ausübt und das Kind bald das Zäpfchen auszupressen veranlaßt. Vf. empfiehlt für die Chininanwendung bei Kindern die Chininschokoladeplätzchen (Fabr. Zimmer & Co., Frankfurt a. M.), die wohlschmeckend sind und daher gerne genommen werden. Auch Aristochin, ein geschmackloses Chininpräparat (Bayer & Co., Elberfeld), ist zu empfehlen, nur etwas teuer. Erforderlich für die leichtere Lösung des Chinins ist, Salzsäurelimonade nachtrinken zu lassen oder sich den vom Vf. angegebenen Salzsäurebonbons (Zimmer & Co.) zu bedienen. — (Die ärztl. Prax. Nr. 17, 1904.) R., München.

Die Säuglingsmilch als die Hauptquelle für die Schwindsuchtentstehung. Von F. G. Wolff in Reiboldsgrün.

Der in Brauers „Beitr. zur Klinik der Tuberkulose" in letzter Zeit geführte Streit zwischen Behring und Flügge „über die alimentäre Tuberkulose-Infektion im Säuglingsalter" gibt Vf. Gelegenheit, als Praktiker für die Behring'sche Theorie — so wie Behring sie jetzt kommentiert hat — Partei zu nehmen. Der Behring'sche Satz: „Die Säuglingsmilch ist die Hauptquelle für die Schwindsuchtsentstehung" muß dahin verstanden werden, daß die Milch auch als Trägerin zufällig hineingelangter Tuberkelbazillen gefährlich werden kann. Die alimentäre Uebertragung der Tuberkulose ist viel wahrscheinlicher als die durch Inhalation. Auf die infantile Infektion hat Vf. schon vor Jahren hingewiesen. Die Behring'schen Beobachtungen an Rindern beweisen die Möglichkeit der langen Latenz der Tuberkulose. An eine Wiederinfektion mit Tuberkulose glaubt Vf. nicht. Die Darmschleimhaut ist nicht die einzige, aber doch eine sehr häufige Eintrittspforte bei der alimentären Infektion, wenn auch noch kein sicherer Beweis dafür erbracht ist. Neue Gesichtspunkte oder neue Untersuchungen bringt die Arbeit nicht. — (Med. Klin. Nr. 12, 1905.) Einstein, Stuttgart.

Rohe oder gekochte Milch? Von Brüning. (Univ.-Kinderklinik zu Leipzig.)

Von vier jungen Hunden eines Wurfs wurden zwei auf natürliche Weise ernährt, ein dritter mit gekochter, der vierte mit roher Kuhmilch. Die beiden ersten gediehen am besten, etwas weniger gut der dritte, während das mit roher Kuhmilch ernährte Tier sehr weit hinter den anderen zurückblieb und rhachitisähnliche Knochenveränderungen zeigte. Der Versuch spricht also gegen Verfütterung roher, artfremder Milch, wiewohl ein Zufall nicht auszuschließen ist. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1905.) Otto Einstein, Stuttgart.

Pharmakologie und Toxikologie.

Borsäurehaltiges Pergamentpapier. Von Dr. Karl Fischer.

Einen interessanten Beitrag zu dem Kapital des häufigen Fundes von Borsäure in Margarine liefert Vf. in der Mitteilung, daß oftmals in den äußeren Schichten von Margarine geringe Mengen Borsäure gefunden wurden, während in der Mitte der Stücke Borsäure nicht gefunden werden konnte.

Die Untersuchung des pergamentenen Einwickelpapieres ergab, daß von 124 Proben nur 17 ganz frei von Borsäure waren, 101 Proben dagegen eine starke und 6 Proben eine schwache Borsäurereaktion gaben. Durch weitere Versuche

wurde dann festgesellt, daß Margarine aus borsäurehaltigem Einwickelpapier beim Lagern verhältnismäßig leicht größere Mengen Borsäure aufnehmen kann. — (Zeitschr. f. Unters. v. Nahrungs- u. Genußmitteln Nr. 7, p. 417, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Die Vergiftungen des Mundes und der Zähne. Von Prof. L. Lewin.

Es gibt zwei Wege, auf denen Veränderungen des Mundes und der Zähne durch Gift herbeigeführt werden können, nämlich ektogen, d. h. das von außen in den Mund gekommene Gift wirkt direkt, oder endogen, indem das im Kreislauf befindliche Gift in den Zahn oder durch die Speichel- und Munddrüsen zur Ausscheidung gelangt, also sekundär wirkt. Ektogen wirken z. B. die Säuren und Alkalien, sei es durch Eiweißfällung oder durch die Fähigkeit, festes Gewebseiweiß bei längerer Einwirkung zu kolliquieren und schließlich in eine Lösung überzuführen, ferner Phenole, Karbolsäure, Kreosot und viele anorganische Salze. Von besonderer Wichtigkeit ist die in der zahnärztlichen Praxis so vielfach angewandte arsenige Säure, sei es, daß der Verschluß des mit Arsenik versehenen Zahnes nicht dicht ist oder daß das Arsen bei mangelhaftem Verschluß verschluckt wird. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich, in einen Zahn nicht mehr als 1—2 mg arsenige Säure zu bringen. Besonders warnt Vf. vor Salizylsäure in Mundwässern oder Zahnpulvern, da nämlich Salizylsäure in wässeriger Lösung die Zahnsubstanz auflöst. Ebenso ist Salol zu beanstanden, da der Speichel aus ihm Salizylsäure abspaltet.

Für die endogene Mundvergiftung kommen in erster Linie Arsen-, Phosphor-, Quecksilber-, Jod- und Bismutverbindungen in Betracht. Phosphor greift besonders bei jungen Individuen die Zahnsubstanz stark an. Das Lockerwerden der Zähne nach Quecksilberapplikation, die gleichzeitigen Nebenerscheinungen, wie Schwellung des Zahnfleisches, übler Atem etc. sind ja hinlänglich bekannt, ebenso die Verheerungen durch arsenige Säure, beziehungsweise die Solutio Fowleri. Die Zunge hat dann meist einen dicken Belag, es tritt gleichzeitig Brennen und Kratzen, Trockenheit im Schlunde und Durstgefühl ein. Auch durch Jod und Jodkalium verlieren die Zähne ihre Festigkeit und besonders kariöse oder durch Rauchen lädierte Zähne werden leicht angegriffen. Die Veränderungen durch basisches Wismutnitrat und durch Bleiverbindungen treten in den mannigfachsten Variationen auf.

Besonders interessant sind die Veränderungen der Zähne, die bei Morphinisten durch Morphium hervorgerufen werden. An den Backenzähnen werden die Mahlflächen weich und an ihre Stelle treten Hohlräume. An den Schneidezähnen findet sich eine den Zahnhals umgebende Furche. Die Augenzähne werden an der Spitze angegriffen und die konische Spitze becherförmig ausgehöhlt.

Die letzten Angaben bedürfen allerdings noch einer definitiven Bestätigung. — (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 102, S. 1149 ff., 1904.) Dr. Springer, Breslau.

Eine Vergiftung mit Sprenggelatine per os. Von J. M. Kowalerow.

Auf einem russischen Kohlenbergwerk hatte die Frau eines Aufsehers den Inhalt einer Sprenggelatinepatrone (die Menge ist nicht angegeben) in der Meinung, es sei ein Konfekt, verschluckt. Die Vergiftungserscheinungen traten nach 3 Stunden ein und waren sehr heftig. Die Kranke konnte durch Magenausspülung, Darreichung großer Mengen Rizinusöl, subkutane Injektion von Coffein. natriobenzoicum und Ergotin gerettet werden. In 24 Stunden war sie annähernd hergestellt. Die Vergiftungserscheinungen waren schwer und charakterisierten sich vollständig als Nitratvergiftung. — (Russki Wratsch. Nr. 3, p. 1403, 1904; Chem.-Ztg. Repert., p. 390, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Vergiftungen durch nicht vollständig reife Tomaten. Von L. Paradis.

Vf. beobachtete zwei Fälle von Intoxikationen nach dem Genuß noch nicht



ausgereiften Tomaten. Die Tomaten sind die Früchte einer Solaneenspezies Lycopersicum solanum und es wäre nicht unmöglich, daß dieselben vor der Reife, ähnlich wie die verwandten Kartoffeln, Solanin oder einen ähnlichen Körper mit giftigen Eigenschaften enthalten. Die Intoxikationserscheinungen traten zwei Stunden nach Genuß der Tomaten auf und äußerten sich in heftigen Kolikschmerzen und Diarrhöen. Daneben war Mydriasis zu konstatieren. Nach Einnahme von Ipecacuanha und Genuß von Exzitantien (Tee, Rum) gingen die Erscheinungen sehr bald wieder zurück. — (Lyon. méd., 12. August 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Die Herstellung von hydroxylfreiem Lebertran. Von Dr. Aufrecht in Berlin.

Der Umstand, daß viele Patienten auf Lebertran mit Aufstoßen, Erbrechen, Uebelkeit und Ekel reagieren, soll damit zusammenhängen, daß sich im Tran die Glyzeride zweier bisher nirgends gefundener Fettsäuren, der Therapiksäure und der Jekoleiksäure, finden, die selbst auf einen sonst durchaus gesunden Magen in übler Weise einwirken. Es ist nun neuerdings J. E. Stroschein gelungen, einen Lebertran herzustellen, der frei von diesen sogenannten Hydroxylsäuren ist und sich auch sonst durch große Reinheit auszeichnet. Nach diesem Verfahren wird Lofoten-Dorschlebertran einer Rektifikation unterworfen, indem bei hohem Vakuum ein Kohlensäurestrom durch den Tran geleitet wird, nachdem dieser durch eine Natriumkarbonatlösung zuvörderst alkalisch gemacht wurde. Dieses Verfahren wird so lange fortgesetzt, bis sich alle im Lebertran vorhandenen unbeständigen Fettsäuren ausscheiden. Die in Form blutroter Tropfen abgeschiedenen unbeständigen Fettsäuren werden entfernt, der Tran mit kohlensäurehaltigem Wasser gewaschen, dann vollkommen entwässert und filtriert. Die rote Farbe der abgeschiedenen Fettsäuren geht an der Luft durch Oxydation bald in Braun über.

Der auf diese Weise gereinigte und von Stroschein „Lofotin“ genannte Lebertran ist fast farblos und von mildem, kaum noch an Lebertran erinnerndem Geschmack. Ob durch diese Prozedur der Tran durch Jodverlust nicht unwirksamer geworden ist, scheint mir doch jedenfalls einer eingehenden Prüfung wert. — (Deutsche med. Ztg. Nr. 9, 1905.) Dr. Springer, Breslau.

Ueber Dr. Theinhardts Hygiama. Von Dr. M. Schweitzer.

Hygiama ist ein bräunliches, in Aussehen und Geschmack dem Kakao ähnliches Pulver, das aus Milch, Gersten- und Weizenmehl, Zucker und Kakao hergestellt ist. Die Eiweißstoffe sind zum größten Teil in eine leicht assimilierbare Form übergeführt, die Kohlenhydrate fast vollständig durch Behandlung mit Malz diastasiert. Dementsprechend sind im mikroskopischen Bilde nur vereinzelte unveränderte Stärkekörner zu finden.

Nach C. Bischoff ist die quantitative Zusammensetzung folgende:

Eiweißstoffe	21·22 %
Fett	10·046 „
Lösliche Kohlenhydrate	49·10 „
Unlösliche Kohlenhydrate	9·576 „
Rohfaser	1·76 „
Mineralstoffe	3·55 „
Feuchtigkeit	4·748 „

Hygiama bietet also, wie aus der Analyse ersichtlich, sämtliche zur Ernährung und zum Aufbau des Organismus nötigen Stoffe in konzentrierter Form und in zweckmäßiger Zusammensetzung. Nach den Untersuchungen des Vf. hat sich das Präparat in allen Fällen bewährt, in denen es galt, einem geschwächten Organismus die zu seiner Restitution notwendigen Nährstoffe in leicht assimilierbarer und zugleich angenehmer Form zuzuführen. Die Darreichung geschieht am vorteilhaftesten, indem man die Hygiama mit Milch kocht. Als Zubiß eignet sich besonders gerösteter Zwieback. — (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 10, 1905.)

Dr. Springer, Breslau.

II. Diagnostik.

a) Herz und Blutgefäße.

Ueber die Arteriosklerose referierten auf dem 21. Kongreß für innere Medizin in Leipzig Marchand (Leipzig) und Romberg (Marburg).

Die hauptsächlichsten Leitsätze des Marchand'schen Referates sind folgende: 1. Zur Arteriosklerose in weiterem Sinne sind alle diejenigen Veränderungen der Arterien zu rechnen, die zu einer diffusen oder knotigen Verdickung der Wand, besonders der Intima, führen, in deren Entwicklung degenerative Zustände, Sklerosierung und Verkalkung auftreten. 2. Der Prozeß ist in seiner Gesamtheit degenerativer Natur, wenn auch in seinem Verlauf teils entzündliche Veränderungen, teils produktive Gewebswucherungen vorkommen. Die reine Hypertrophie der Media ist von der Arteriosklerose zu trennen, ebenso die syphilitische Arteriitis der mittleren und kleinen Arterien und verwandte Prozesse. Die Arteriosklerose ist in erster Linie die Folge der mechanischen Einwirkungen einer abnorm gesteigerten Inanspruchnahme der Arterien, unterstützt durch allgemeine oder lokale Schädlichkeiten. Eine durch vorwiegende Beteiligung der Media und Adventitia ausgezeichnete Sklerose der Brustaorta wird in vielen Fällen durch Syphilis verursacht. Der Anfang des arteriosklerotischen Prozesses scheint in einer Schädigung der elastischen Elemente zu bestehen. Die Degeneration der elastischen Elemente hat eine umschriebene oder mehr verbreitete Ueberdehnung der Gefäßwand zur Folge, welcher die eintretende Verdickung der Intima entgegenwirken kann. Bei der knotigen Arteriosklerose tritt der degenerative Charakter in den Vordergrund. Die Sklerose und Verkalkung der Extremitätenarterien läßt keine bestimmten Schlüsse auf das gleichzeitige Vorhandensein der Arteriosklerose der Aorta oder anderer Gefäßgebiete zu. Die Arteriosklerose ist nicht selten von Hypertrophie des linken Ventrikels begleitet, als Folge von allgemeiner Vermehrung der Zirkulationswiderstände.

Die Hauptsätze des klinischen Berichtes von Romberg sind folgende: die für den Kreislauf schädlichste Veränderung sklerotischer Arterien ist ihre verminderte Dehnbarkeit. Die Erschwerung des Blutstromes wird durch die aneurysmaartige Erweiterung des Lumens ausgeglichen. Bei jeder Tätigkeit ist der Kreislauf weit mehr beeinträchtigt, als im Ruhezustand. Unter den Erkrankungen der einzelnen Organe sind Herzveränderungen am häufigsten. Koronarsklerose tritt nur bei einem Teil der Fälle auf. Besonders wichtig sind Angina pectoris, kardiales Asthma und neben Herzerscheinungen der Nachweis der Aortensklerose. Nieren disponieren zu chronischen interstitiellen Entzündungen. Das Bild der arteriosklerotischen Schrumpfniere wird stets von der Insuffizienz des Herzens beherrscht. Die Hirnerscheinungen bestehen im Initialstadium in neurastheniеartigen Beschwerden; vereinzelt gehen sie in psychotische Störungen über. Erkrankungen der Sinnesorgane, des Magendarmkanals sind seltener. Die interessante Claudicatio intermittens kann manchmal Vorbote der arteriosklerotischen Gangrän sein. Aetiologisch steht die starke Inanspruchnahme der Gefäßwand an erster Stelle, ferner wirken mit körperliche Anstrengungen, nervöse Einflüsse, Alkohol, Tabak, Kaffee, Tee; die Arteriosklerose ist keine Alters-, sondern eine Abnutzungskrankheit. Der lang fortgesetzte Gebrauch von Jodkali hat guten Erfolg, anatomische Läsionen vermag er aber nicht zu beseitigen. Beachtenswert ist die Technik seiner Verordnung. Symptomatisch kommt Nitroglyzerin in Betracht. Bei arteriosklerotischer Schrumpfniere ist vor allem das Herz zu behandeln. Bei Behandlung des Herzens ist die Furcht vor Drucksteigerungen nicht berechtigt, wenn die übermäßigen, sicher zu vermeidenden Erhöhungen vermieden werden. Digitalis und Strophantus sind bei Kranken über 40 und 50 Jahren in kleinen Dosen zu geben. Kohlensäurehältige Bäder sind für die Anfänge der Herzinsuffizienz oder für die Rekonvaleszenz von schweren Erkrankungen empfehlenswert, Gymnastik paßt fast nur für die Steigerung der Leistungsfähigkeit in der Rekonvaleszenz von Störungen. Nur

bei muskelschwachen Fettleibigen ohne Herzüberanstrengung sind sie schon im Beginn der Herzschwäche brauchbar.

F. L.

b) Lunge.

Die akuten Respirationskrankheiten, speziell des Säuglingsalters. Von Dr. L. Ascher in Königsberg (Preußen).

Die nicht tuberkulösen, d. h. im wesentlichen akuten Respirationskrankheiten sind, wie die Mortalitätsstatistik beweist, in unseren Kulturstaaten im Zunehmen begriffen. Betroffen sind vornehmlich das Kindes- und Greisenalter. Am klarsten kommt die Zunahme in der Säuglingsstatistik zum Ausdruck, da hier die Untersuchungsverhältnisse am wenigsten kompliziert sind: hier fand sich eine Steigerung um 250% in 26 Jahren (preußische Statistik). Von der Influenza ist diese Zunahme unabhängig, ebenso von einer mit der Bevölkerungsdichte steigenden Infektionsgelegenheit. Die Schuld liegt auch nicht in den Witterungsverhältnissen oder in einer verminderten Widerstandsfähigkeit der jetzigen Generation. Vielmehr liegt der Grund, wie aus der vergleichenden Statistik ländlicher und industrieller Bezirke hervorgeht, in der fortschreitenden Industrialisierung, und zwar ist die eigentliche Ursache die Kohlenfeuerung. Darauf hat in einer längst vergessenen Arbeit schon Finkelnburg aufmerksam gemacht. Die Untersuchung von Säulingslungen auf Kohlenpigment ergibt allerdings meist nur so geringe Mengen, daß man eher eine chemische als eine mechanische Schädigung durch Rauch annehmen muß. Inhalationsversuche mit Ruß an jungen Kaninchen ergaben, daß eine Anthrakose am leichtesten in feuchter Atmosphäre (Nebel!) eintritt. — (Wiener med. Wochenschr. Nr. 2 u. 3, 1905.)

Einstein, Stuttgart.

c) Magen und Darm.

Ueber Magenkrebs im jugendlichen Alter. Von Felix Huch.

Der sehr lesenwerten Arbeit lag das Material der Erb'schen Klinik in Heidelberg zugrunde. Ref. kann hier nur über die Endergebnisse berichten und muß bezüglich der Einzelheiten auf das Original verweisen. Die meisten der beschriebenen vierzehn Fällen zeigen, daß das Magenkarzinom oder, vorsichtiger ausgedrückt, die malignen Magentumoren bei jugendlichen Individuen ein von dem gewönhlichen Verlauf des Magenkrebses höchst abweichendes Krankheitsbild darbieten; daß sie meist in wenigen Monaten, vom Beginn der subjektiven Symptome an gerechnet, zum Tode führen und daß in den relativ seltenen Fällen, wo eine Diagnose überhaupt gestellt wird, die sofort vorgenommene Operation doch zu spät kommt. Die Diagnose ist eben meist erst dann möglich, wenn der Prozeß weit vorgeschritten ist; dies gilt für den Magenkrebs jugendlicher Individuen noch weit mehr, als für den älterer. Daß auch bei diesen viele unklare Fälle vorkommen, ist ja eine bekannte Tatsache; nicht selten täuscht das Magenkarzinom z. B. eine perniziöse Anämie vor; aber solche Fälle sind doch relativ viel seltener im Vergleich zu dem hohen Prozentsatz der nicht diagnostizierbaren Fälle im jugendlichen Alter. (Vereinsbl. d. Pfälz. Aerzte. Nr. 10, 1904.)

F. L.

Ueber Palpation im Bade berichtete Bendersky in der Société de Thérapeutique de Paris (22. November 1904). Er konstatierte, daß mit Hilfe der „Exploration unter Wasser" gelegentlich wichtige differentialdiagnostische Aufschlüsse gefunden werden, und erwähnte zum Beweis den Fall eines Patienten mit Pylorospasmus, in welchem er durch diese Untersuchungsmethode ein malignes Neoplasma ausschließen konnte. (Ref. entnimmt Vorstehendes aus einem kurzen Bericht in „La Presse médicale" Nr. 96, 1904. In diesem kurzen Sitzungsberichte ist nicht angegeben, ob den Ausführungen Benderskys eine Diskussion folgte und ob man ihn darauf aufmerksam machte, daß diese Methode der Palpation im Bade heutzutage doch wohl bei allen Kollegen, die ihre Diagnosen erst stellen, wenn die ganzen diagnostischen Hilfsmittel in schwierigen Fällen in Anwendung gezogen worden

sind, sich längst im Gebrauch befindet. Gerade im Anschluß an diese Ausführungen B's über „Palpation im Bade" können wir es uns nicht versagen, den Mut zu bewundern, mit dem von Zeit zu Zeit in der Literatur manche Kollegen darauf zurückkommen und sich in dieser Frage das Hauptverdienst zuschreiben, das von Rechts wegen der Ewald'schen Schule und besonders L. Kuttner gebührt.)

F. L.

d) Leber.

Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Bauchgeschwülste. Pon Prof. König.

Der Autor schildert drei Fälle, bei welchen allerdings erst nach der Laparotomie die Diagnose Lebersyphilis gestellt wurde, und sucht in der anschließenden Betrachtung die Möglichkeit der Diagnose zu erhärten. Allen drei Fällen gemeinsam ist zunächst die subjektive Empfindung mehr oder minder heftiger Schmerzen in der Lebergegend. Dabei fehlen funktionelle Störungen von Seite der Leber, während Appetitmangel und Abnahme des Körpergewichtes ausgesprochen waren. Die objektive Untersuchung der Region, von welcher die Schmerzempfindung ausging, ergab in allen drei Fällen das Vorhandensein eines Tumors; derselbe erwies sich bloß in einem Falle als besonders beweglich, aber jedenfalls mit der Leber zusammenhängend. In keinem Falle ließ sich anamnestisch Syphilis erheben.

Da es sich dem Autor nicht darum handelt, die Lebersyphilis im allgemeinen zu beleuchten und eventuell auch noch jene Symptome in Betracht zu ziehen, die durch Zirkulationsstörungen der Galle auf Basis luetischer Veränderungen vorkommen, beschränkt er seine Ausführungen bloß auf jene Fälle, welche zu einer klinisch erkennbaren Geschwulst führen und bespricht, der Virchow'schen Einteilung folgend, bloß die interstitielle luetische Hepatitis und die gummösen Formen. Die erstere bildet wohl an und für sich keine Geschwülste, aber infolge von Abschnürungen einzelner Leberteile oder auch nur durch die ungleichmäßige Schrumpfung können wohl Geschwulstbildungen vorgetäuscht werden. Ist sie mit der gummösen Form kombiniert, was auch nicht gerade so selten ist, so kann es sich auch um gestielte Lappen und Gummen handeln. Die gummösen Knoten liegen besonders gerne an der Oberfläche zu beiden Seiten des Aufhängebandes, sind in der Regel scharf abgegrenzt, erheben sich über die Oberfläche und zeigen in der Mitte oft eine strahlige Einziehung. Es treten daher die luetischen Geschwülste entweder als flächenhafte, in der Substanz der Leber gelegene, meist harte, in der Regel ungleiche Schwellungen, welche innerhalb der Perkussionsgrenze der Leber liegen, auf oder als anscheinend von der Leber getrennte, öfter sehr bewegliche, knollige, meist rundliche, nierenförmige Geschwülste, welche mit der Leber gestielt zusammenhängen, einen Teil derselben, zuweilen einen recht großen darstellen.

Trotz all dieser Kennzeichen wird es naturgemäß sehr schwer sein, die Diagnose Lebersyphilis zu stellen, da ja auch Tuberkulose, Karzinose, metastatische Geschwülste anderer Natur in Betracht kommen. Gestattet der Fall ein Zuwarten, so ist jedenfalls eine antiluetische Kur zu versuchen, obwohl sie zuweilen (die syphilitische Natur der Geschwülste vorausgesetzt) auch im Stiche läßt. Sicherlich wird eine große Reihe von Fällen bleiben, wo man durch die Umstände zur Laparotomie getrieben wird. Auch bei dieser wird häufig nicht der bloße Aspekt, sondern erst die Probeexzision die Diagnose sichern. Zum Schlusse betont der Autor, daß die Diagnose Lues nicht ohneweiters das blutige Verfahren ausschließe, weil dort, wo es sich um eine solitäre und eventuell sogar gestielte Geschwulst (wie hier im Falle 3) handelt, durch die Entfernung des Tumors die Beschwerden des Kranken mit einem Schlage wesentlich erleichtert werden könnten. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 6, 1905.)

D.

e) Peritoneum.

Pneumokokkenperitonitis. Von Matthews.

Die Krankheit ist recht selten; bisher sind erst zirka hundert Fälle bekannt geworden, von denen drei Viertel Kinder betrafen. Die Diagnose ist sehr schwer zu stellen. Das Exsudat ist gelblich, geruchlos, sehr reich an Fibrin. Lokalisation besonders im Becken und im Hypogastrium, öfters mit Durchbruch eines Abszesses in der Nabelgegend. Vf. unterscheidet drei Stadien mit folgenden Hauptsymptomen: 1. hohes Fieber und Erbrechen, 2. Abfall des Fiebers, profuse Diarrhöen, 3. Wiederanstieg der Temperatur, starke Kachexie. Die Krankheit verläuft oft letal. Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegen Typhus und tuberkulöser Peritonitis. Infektionswege: äußere Wunden, Lungen, Genitalien etc. Therapie: Punktion oder Laparotomie. — (Annals of Surgery, Nov. 1904.)

Lewisohn, Heidelberg.

f) Niere.

Hämaturie bei Hydronephrose. Von Dr. L. Bangs in New-York.

Vf. macht auf ein bei Hydronephrose sehr wenig bekanntes Symptom aufmerksam, nämlich das der Hämaturie. In dem Fall, über den Vf. ausführlich berichtet und den er durch Nephrotomie und sekundäre Nephrektomie zur Heilung brachte, war die Blutbeimischung zum Urin sehr gering, aber ziemlich konstant. Vf. glaubt, daß die Hämaturie auf endarteriitischen Veränderungen der Nierengefäße beruht. — (The Medical News, Nr. 6, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Zur Diagnose und operativen Behandlung der Nierensteine. Von Dr. Josef Ransohoff in Cincinnati.

Vf. beleuchtet in einem Vortrage die hauptsächlichsten Momente für die Diagnose des Nierensteines. Von größtem Werte für die Diagnostik sind: 1. die Nierenkoliken und 2. die Zeichen chronischer Nephritis. Differentialdiagnostisch ist zu betonen, daß in den Ureter eingeklemmte Massen von tuberkulösem Detritus, eine Wanderniere mit Abklemmung des Ureters und Gallensteine ähnliche Bilder wie die Nephrolithiasis hervorrufen. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Urins ist speziell auf rote Blutkörperchen zu fahnden, besonders nach stärkeren körperlichen Anstrengungen. Für die Palpation kommt vor allem die bimanuelle Untersuchung in Betracht. Vf. läßt die Patienten sich nach vorn beugen, wobei sie ihre Arme auf einen Stuhl stützen, bestreicht die fragliche Gegend mit den Daumen und findet dann zirkumskripte Druckpunkte, die auf Stein hindeuten. Von größter Bedeutung ist natürlich die Untersuchung mit Röntgen-Strahlen; bei negativem Plattenbefund muß allerdings mehrmals untersucht werden, bevor man einen Stein ausschließen kann (cave: Verwechslung mit ossifiziertem Rippenknorpel!). Die Ureterenzystoskopie ist deswegen von zweifelhaftem Nutzen, weil die Ureterenkatheter oft merklos Steine, besonders wenn sie am Eingang des Ureters sitzen, passieren. — Die Resultate der Nephrolithotomie sind vorzügliche, daher rät Vf., mit der Operation nicht zu lange zu warten. Dringend indiziert ist sie natürlich bei absolutem Nierenbeckenverschluß, speziell wenn sie, wie meistens, von reflektorischer Anurie begleitet ist. Der Sektionsschnitt der Niere verdient den Vorzug vor der Pelvotomie, die leicht Fisteln zurückläßt. Nach der Steinextraktion wird die Niere sofort wieder zugenäht (nur bei Anurie wird sie drainiert). — (Medical News, Nr. 22, 1904.)

Lewisohn, Heidelberg.

g) Nervensystem.

Zur Symptomatologie der Hemiplegie. Von Prof. K. Heilbronner in Utrecht.

Ebenso wie bei flach liegenden menschlichen Kadavern (nach völliger Lösung der Leichenstarre), kann man auch bei frischen Hemiplegien eine Verbreiterung des Oberschenkels der betroffenen Seite, eine Verkleinerung seines sagitalen Durchmessers beobachten, welche darauf beruht, daß sich die Weichteile einfach

den Gesetzen der Schwere folgend gelagert haben. Dieses „breite Bein“ gehört zu den regelmäßigen Symptomen der frischen Hemiplegie. Bei gehobenem Bein hängt die gesamte Weichteilmasse wie ein beweglicher schlaffer Sack nach unten. Nicht so ausgeprägt erscheint das Phänomen an Unterschenkel und Oberarm. Bei Zuständen von Bewußtlosigkeit, wie auch in tiefer Narkose, fehlt es, ebenso bei hypotonischen Tabikern; bei schwerer akuter Polyneuritis war es vorhanden. Zugleich damit findet sich fast regelmäßig Steigerung des Patellarsehnenreflexes. Von der Wiederkehr der aktiven Beweglichkeit ist die Erscheinung unabhängig. Es besteht also normalerweise ein Zustand der Muskulatur, der die Muskeln bis zu einem gewissen Grade in ihrer Form von der Wirkung der eigenen Schwere unabhängig macht, ein formerhaltender Tonus. Was das Verhältnis der Arm- zur Beinlähmung anbelangt, so ist nach der herrschenden Ansicht stets der Arm stärker betroffen. Doch ist die bessere Restitution des Beines wohl zum Teile nur eine scheinbare. Auch fand in mehreren Fällen des Vfs. gerade das umgekehrte Verhältnis statt. — (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 28, H. 1.) Rosenthal.

Zur Symptomatologie der doppelseitigen Fazialislähmung. Von Dr. E. Barth in Frankfurt a. O.

Doppelseitige periphere Fazialislähmungen sind weit seltener als die einseitigen. Bei der letzteren findet eine gewisse Kompensation von der gesunden Seite her statt, die bei ersterer wegfällt. Am auffallendsten ist die Sprachstörung infolge der totalen Lähmung des Sphincter oris. Die Lippenlaute müssen daher vollkommen ausfallen, statt b wird ein w, statt p ein f erzeugt, der resonnierende Lippenlaut m wird durch n ersetzt; statt des labialen Verschlußtores wird das nächstliegende, das labio-dentale, herangezogen. Erst allmählich lernt der Kranke den Unterkiefer vor den Oberkiefer schieben und die Unterlippe so weit vor die Oberlippe zu legen, daß ein Lippenschluß und damit die Bildung labialer Laute ermöglicht wird. Außerdem leidet bei der doppelseitigen Lähmung der ganze Klang der Sprache. Die mangelnde Stülpung und Spannung der Lippen, sowie der Backen bewirkt unreine und undeutliche Vokale. So ist die eigentümliche Sprachveränderung besonders charakteristisch für die doppelseitige Lähmung. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4, 1905.) Rosenthal.

h) Knochensystem.

Ein Fall von multiplen Exostosen. Von Dr. Myers in New-York.

Am 21. Oktober 1904 stellte Vf. in der „New-York Academy of medicine“ einen 12jährigen Knaben vor, dessen Mutter und Tante mütterlicherseits Exostosen an den Tibien haben. Zwei Brüder des Patienten sind normal. Ein Trauma ist nicht erfolgt. Patient zeigt breite Exostosen an oder nahe bei den Epiphysenlinien der unteren Enden der Femora, Tibiae, Fibulae und Radii, an den oberen Enden beider Humeri, Tibiae und Fibulae und endlich an den Knorpelknochengrenzen der 2. Rippe links und der 7., 8. und 9. Rippe rechts. Die Knochentumoren wurden seit 2—3 Jahren bemerkt, sind multiform, knotenartig und schmerzlos und haben, obwohl sie gewachsen sind, die Gebrauchsfähigkeit der Glieder noch nicht beeinträchtigt. Klar, Heidelberg.

Angeborene Skoliose. Von Dr. Reginald Sayre in New-York.

In der „New-York Academy of Medicine“ stellte am 31. Oktober 1904 Vf. einen neun Wochen alten Säugling mit angeborener Skoliose vor. Das Röntgen-Bild zeigt eine Vereinigung der 11. und 12. Rippe auf der einen Seite und ein Klaffen dieser Rippen auf der anderen Seite; zwei Wirbel sind keilförmig gebildet, so daß in der Höhe dieser die Wirbelsäule eine Knickung aufweist. Außerdem fehlt der größte Teil des rechten Daumens, der durch amniotische Stränge abgeschnürt ist. Vf. nimmt an, daß die Deformität der Rippen und Wirbel vielleicht auch durch Amnionstränge verursacht worden sei (?). Das Kind wurde von der Mutter mittels von Vf. ihr gezeigter Manipulationen „gestreckt“, und dann wurde



ein Apparat angewandt, ähnlich wie bei der Nachbehandlung des Tortikollis.

Klar, Heidelberg.

i) Haut.

Was berechtigt, die Dermatitis coccidioides für eine selbständige Erkrankung zu erklären. Von Dr. W. Montgomery und H. Morrow.

Die 28. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen bei den Niagarafällen (2. und 3. Juni 1904) hatte nebst anderen interessanten Problemen der Hautpathologie die stets aktueller werdende Frage der Kokzidienerkrankungen auf der Tagesordnung. Die besten Kenner der neuerschlossenen Gruppe von Krankheitserregern haben hier ihre Ansichten entwickelt und gaben neuerdings einen handgreiflichen Beweis, bis zu welcher Höhe die Pflege auch dieser Disziplin auf dem Weltteile des Fortschrittes gediehen ist. Vf. macht zunächst darauf aufmerksam, daß die Blastomykose vielfach noch mit Kokzidiendermatitis verwechselt, resp. in den literarischen Mitteilungen mit der letzteren zusammengeworfen wird. Die reichste Ausbeute für beide Erkrankungsformen in Amerika, die klinische Aehnlichkeit der Krankheitsbilder, sowie die Gleichnamigkeit der Beobachter (Douglas W. Montgomery für die Kokzidienerkrankung, Frank H. Montgomery für die Blastomykose) liefern hiefür die Erklärung.

Die Erreger der Dermatitis coccidioides zeigen ein verschiedenes Wachstum, je nachdem sie im Gewebe zur Proliferation gelangen oder auf künstlichen Nährmedien gezüchtet werden. Daß es sich hiebei stets um pflanzliche Parasiten und nicht, wie es ursprünglich lautete, um Protozoen handelt, geht aus allen Untersuchungen hervor, die seit den ersten Recherchen gezeitigt wurden. In kultureller Hinsicht sind weiterhin zwischen den verschiedenen Pilzformen einschneidende Abweichungen festzustellen. Im Gewebe haben die Erreger der Dermatitis coccidioides eine Fortpflanzung durch endogene Sporulation, die Blastomyzeten hingegen durch Knospung.

Weitere Verschiedenheiten der Blastomykose gegenüber sind nach Vf. in der Neigung zur Allgemeininfektion, in der Prädilektion der experimentell infizierten Tiere zur spezifischen Hodenerkrankung, sowie in der völligen Wirkungslosigkeit der Jodkalimedikation gegeben. In der Diskussion machen sich eher Stimmen für die nahe Verwandtschaft all dieser Formen geltend. Gilchrist, Frank H. Montgomery, Hyde, Schamberg sprechen sich in diesem Sinne aus, allerdings nur an der Hand der großen Aehnlichkeit der Erreger in ihrem kulturellen Verhalten, ohne jedoch die klinischen Repräsentanten der von D. W. Montgomery beschriebenen Läsionsform genauer zu kennen. — (Journ. of Cut. Disease, August 1904.) N.

Ueber Blastomykose der Haut. Von Nevius Hyde und Frank Montgomery.

Die im klinischen Gepräge bald an verruköse Hauttuberkulose, bald an Karzinom, bald wieder an Syphilis gemahnenden Erkrankungsformen haben in den Untersuchungen der beiden Autoren nach mancher Richtung hin einen ergänzenden Ausbau gewonnen. Die Beschreibung des Krankheitsbildes, die Darstellung der anatomischen Verhältnisse, die Fixierung des histologischen Befundes, die Exposition der Therapie ist auf die stattliche Zahl von 14 Eigenbeobachtungen aufgebaut und gewinnt noch dadurch an Wert, daß die lange fortgesetzte Kontrolle der einzelnen Fälle, auch bezüglich des Verlaufes und der Ausgänge, die erwünschte Orientierung gewährt.

In vorzüglichen photographischen Wiedergaben zieht an uns das vielgestaltige Krankheitsbild vorüber, das die Autoren in allen Lokalisationen und in der verschiedensten Ausbreitung und Komplikation verfolgen konnten. Zu den früher bereits publizierten und an dieser Stelle auch in Referaten gestreiften Fällen sind drei weitere hinzugekommen. Sie beziehen sich auf tumorartige Wucherungen, die das Gesäß, die Arme und das Gesicht (bei 21 bis 56 Jahre alten Personen) okkupierten und

vielfach auch in Form verruköser, serpiginös sich fortschlängelnder Alterationen das Integument substituierten.

Die histopathologische Charakteristik des Prozesses ist gegeben: in einem mit abnormer Verhornung, Eiterung, Abszeßbildung einhergehenden Entzündungsvorgang, der vorzüglich an das superfizielle Koriumlager und an das Rete gebunden erscheint. Das Rete ist hyperplastisch, wächst zapfenförmig ins Korium und wird von miliaren Abszessen durchsetzt. Diese Abszesse führen die Blastomyzeten und Riesenzellen neben den Leukozyten. Abszesse sind auch im entzündeten, oft von knötchenförmigen Infiltration, Mast- und Riesenzellen durchsetztem Papillarkörper anzutreffen. Gelegentlich hyaline Körper im Plasma, Mast- und Bindegewebszellen. Die pathogenen Keime finden sich außer in Abszessen auch in Riesenzellen.

Die Pilze sind am einfachsten in frischem Gewebe, Eiter oder in Schnitten mit Kalilauge (10—30%) zur Ansicht zu bringen. Sie präsentieren sich als doppelt konturierte, scharf lichtbrechende Körper, die einen granulierten, von Vakuolen durchsetzten, sporenähnlichen Inhalt aufweisen. Die runden Scheiben bleiben als isolierte Körper deutlich sichtbar zurück, wenn das Gewebe mit stärkeren Kalilösungen zerstört wird.

Kulturen sind aus den Abszessen zu gewinnen (in 50% Reinkulturen). Die aufgehenden Mikroorganismen zeigen aber sehr häufig ein völlig abweichendes morphologisches Verhalten. Die endgiltige botanische Definition der Erreger ist vorläufig nicht durchzuführen. Die Kulturen gehen auf Glyzerin- und Glukoseagar (wie wir dies in Berlin zu sehen bekamen) nach 2—16 Tagen sehr schön an und zeigen ein an Favus erinnerndes Mizelium. Im hängenden Tropfen oder auf der Platte produzieren manche der Kolonien oxalsaure Kalkkristalle. Die Inokulation bei Tieren führt zu Abszeßbildung an der Impfstelle oder provoziert Granulationsgeschwülste hier wie auch in tieferen Organen. Die Versuchstiere gehen an chronischer Toxämie oder Marasmus zugrunde. Die Pilze sind aus den experimentell erzeugten Krankheitsprodukten in Reinkultur zu gewinnen.

Therapeutisch sichert, wenn möglich, die Exzision die besten Erfolge. Auskratzen schützt nicht vor Rezidive. Antiseptische Umschläge sind von Nutzen. Jodkali in großen Dosen bringt den Prozeß gelegentlich zum Stillstand, respektive zur Rückbildung. Mächtige Geschwülste flachen bei Röntgen-Bestrahlung ab. — (Monogr. Rusb. med. College, Chicago 1904.) N.

k) Konstitutionskrankheiten.

Moderne Anschauungen über Skrofulose.

Von Dr. v. Boltenstern in Berlin.

Vf. gibt eine ausführliche interessante Studie über die Anschauungen, die vom Ende des XVIII. Jahrhunderts bis heute über Skrofulose und deren Verhältnis zur Tuberkulose ausgesprochen worden sind.

Sind zuerst die Drüsengeschwülste als Hauptsymptom der Skrofulose erklärt worden, so hat man später verschiedene Affektionen, die der Rhachitis oder Lues zugehören, der Skrofulose zugeteilt.

Als der Begriff der Tuberkulose in den Vordergrund trat und den der Skrofulose zurückdrängte, identifizierte man beide Erkrankungen, rechnete dann im Gegensatz zu früheren Anschauungen gerade die Drüsengeschwülste zur Tuberkulose, die Erkrankungen der Haut und Sinnesorgane zur Skrofulose.

Virchow hob hervor, daß die Verkäsung der Drüsen nicht an die Tuberkulose gebunden sei, daß für letztere der durch heteroplastische Wucherung entstandene Miliartuberkel wesentlich sei, und gab dadurch der dualistischen Lehre neuen Boden; Rindfleisch u. a., welche Tuberkelknötchen in den zur Skrofulose gerechneten Gelenkaffektionen und in Drüsentumoren gefunden hatten, identifizierten wieder beide Begriffe.

Auch die Entdeckung der Tuberkelbazillen brachte weder Klarheit noch Einigung; die Bazillen wurden zwar in skrofulösen Krankheitsherden gefunden, weshalb diese für tuberkulös erklärt wurden, aber nur selten und in spärlicher Menge, was für andere gegen die tuberkulöse Natur sprach; außerdem mißlang

die Impfung mit käsigem Material skrofulöser Drüsen. Speziell manche Kliniker, Kinderärzte, wollten an der Trennung festhalten wegen des verschiedenen klinischen Bildes und des eigentümlich chronischen Verlaufes der Skrofulose und nur betonen, daß die Skrofulose einen günstigen Boden für die Entwicklung der Tuberkulose abgebe.

Besonders interessant ist die Ansicht Soltmanns, der die Bedeutung der Erblichkeit der Skrofulose hervorhebt, wogegen die Bedeutung der Vererbung der Tuberkulose gegen die Ansteckungsfähigkeit zurückgetreten ist. Die Vererbung der Skrofulose ist ungemein häufig, die der Tuberkulose zwar beobachtet, aber sehr selten. Nach Soltmann stellt die Skrofulose vielleicht jene nichtbazilläre und durch die pathologische Chemotaxis bedingte, vererbte, toxische Tuberkulose dar, die so häufig die Abstammung skrofuloser Kinder von phthisischen, tuberkulösen Eltern erklärt.

Die Anschauung von dem Wesen der Skrofulose als einer nichtbazillären vererbten Tuberkulose gewinnt aber an Boden gerade durch das, was wir von der Wirkung der Tuberkeltoxine wissen. Sie gipfelt ja in entzündlichen Reaktionserscheinungen und in Verkäsungen.

Mit dieser Anschauung wäre die Brücke geschlagen, die Skrofulose wieder unter die Tuberkulose zu subsumieren, wenn auch, wie Vf. meint, zur Zeit nicht ein einziges zwingendes Moment besteht, die Skrofulose ohneweiters in die bazilläre Tuberkulose aufgehen zu lassen.

(Ref. möchte noch anführen, daß Heubner auch die skrofulösen Katarrhe für Erkrankungen tuberkulöser Natur hält, weil Lymphdrüsentuberkulose sehr häufig im Gefolge auftritt, bei Obduktionen von Kindern mit reiner Skrofulose immer Tuberkulose der Bronchialdrüsen entdeckt wird, weil tuberkulöse Kinder zuweilen plötzlich skrofulös werden, schließlich fast alle skrofulösen Kinder positiv auf Tuberkulin reagieren, somit Skrofulose und Tuberkulose identifiziert.) — (Die ärztl. Prax., Nr. 10, 1904.)

R., München.

l) Allgemeine Infektionskrankheiten.

1. Beitrag zur Frage der agglutinierenden Eigenschaften des Serums Typhuskranker auf Paratyphus- und verwandte Bakterien. Von cand. med. Grünberg und Dr. Rolly. (Aus der med. Klinik zu Leipzig.)

2. Zur Typhusdiagnose mittels des Typhusdiagnostikums von Ficker. Von Dr. H. Selter. (Aus dem hyg. Institut der Universität Bonn.)

3. Ueber Fickers Typhusdiagnostikum. Von Dr. G. Flatau und Dr. A. Wilke. (Aus der med. Klinik und dem hyg. Institut zu Kiel.)

4. Ueber die Verwertbarkeit des Fickerschen Typhusdiagnostikums in tropischen Gegenden. Von Dr. F. Eichler in München.

Das Ergebnis der ersten Arbeit ist, daß der Gruber-Widal'schen Reaktion eine streng spezifische Wirkung nicht zukommt, daß das Blut Typhöser unter Umständen dem Bac. typhosus Eberth verwandte Bazillen ebenfalls selbst in stärkerer Verdünnung noch zu agglutinieren vermag. — Selter (2.) bezeichnet es als verfrüht, zu behaupten, daß das Typhusdiagnostikum von Ficker die Gruber-Widal'sche Reaktion vollkommen ersetze. Außer dem Vorzug der größeren Genauigkeit besitze die letztere (gemeint ist nur die mikroskopische Untersuchung) eine Reihe von Vorteilen. — (3.) Flatau und Wilke fassen ihre Erfahrungen dahin zusammen, daß Fickers Typhusdiagnostikum die lebende Typhuskultur zu ersetzen durchaus imstande ist. Es leiste aber nicht mehr als der Original-Widal, insoferne, als auch bei ihm die Reaktion erst nach einer Reihe von Krankheitstagen positiv werde und vielleicht in seltenen Typhusfällen keine Agglutination gebe. Vf. empfehlen das Typhusdiagnostikum als wertvoll für die Praxis. — Eichler (4.) hat das Ficker'sche Diagnostikum als Schiffsarzt und in den Tropen sehr bewährt gefunden und gibt den Rat, da die Methode zur Anstellung dieser makroskopischen Serumreaktion sehr leicht zu erlernen und

ohne weitere Hilfsmittel anzustellen ist, ein Diagnostikumkästchen in keiner Schiffsapotheke fehlen zu lassen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1905.)
F. L.

Ueber den Befund von protozoenartigen Gebilden in den Organen eines hereditär-luetischen Fötus. Von Jesionek und Kiolemenoglou.

Bei der Untersuchung der inneren Organe eines, wie von den Autoren besonders betont wird, ab patre hereditär luetischen achtmonatlichen Fötus finden sich in den Nieren, in den Lungen und in der Leber neben ausgesprochen luetischen Gewebsveränderungen eigentümliche Gebilde, deren Deutung den Autoren viele Mühe machte, die sie schließlich als pflanzliche oder tierische Parasiten, als Protozoen, beziehungsweise Gregarinen ansprachen. Die Möglichkeit, daß es sich um Zelldegenerationen der betreffenden Organe handle, wird wohl in Betracht gezogen, aber ausgeschlossen.

Steht es einmal fest, daß es sich hier wirklich um Parasiten handle, so taucht naturgemäß die weitere Frage auf, in welcher Beziehung dieselben zu den Krankheitszeichen des untersuchten Fötus stehen. Eine Gregarineninfektion eines luetischen Fötus könne es nicht gut sein, da solche Infektionen beim Menschen überhaupt noch nicht beobachtet wurden, auch zeigte die Mutter, von ihrer Lues und Gonorrhöe abgesehen (die Autoren sprechen hier ohneweiters von der Lues der Mutter, nachdem sie früher die Heredität ex patre hervorgehoben), keinerlei Zeichen, die auf Anwesenheit eines Blut- oder Darmparasiten hingewiesen hätten.

Die Frage, ob die Protozoen mit der hereditären Lues in irgend einen kausalen Zusammenhang gebracht werden können, betrachten die Autoren als müssig; sie gehen aber doch diesem Zusammenhang nach und meinen, dagegen spreche nur, daß — ausgenommen Schüller — bisher solche Befunde bei Lues nicht gemacht wurden. Allerdings müsse die Eigentümlichkeit ihres Materials betont werden, so die rein spermatische Infektion des Fötus (die übrigens, wie bereits betont, sehr zweifelhaft erscheint), der Umstand, daß die Mutter bisher gar nicht antiluetisch behandelt worden war, endlich hätten sie zufällig die Härtung in Sublimat vorgenommen, und es habe sich herausgestellt, daß an in Alkohol-Formol gehärteten Präparaten die gefundenen Gebilde fast nicht nachweisbar waren. Eine Nachprüfung, durchgeführt an in Sublimat fixierten Kondylomen, ergab verdächtige Gebilde, die den von Schüller beschriebenen entsprechen, doch erscheine dieser Befund viel weniger beweiskräftig, als der in den Organen des Fötus erhobene, weil innerhalb der in Verhornung begriffenen Epidermiszelle die Deutung den allergrößten Schwierigkeiten begegne. Doch behalten sich die Autoren die Fortsetzung der letzteren Untersuchungen vor. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43, 1904.) D.

Der Typhus abdominalis auf der I. medizinischen Abteilung in den Jahren 1899—1903. Inaug.-Diss. von Norbert Sommerlat in München, 1904.

In dem Quinquennium 1899—1903 kamen im ganzen 119 Fälle von Typhus zur Beobachtung. Vf. berichtet einzeln über die Symptome und gibt zum Schluß eine Uebersicht. Es bestanden:

	in Prozenten	Zahl der Fälle
1. Fieber und perkutierbarer Milztumor	98·32	119
2. Roseolen	91·30	119
3. Diazoreaktion	88·24	119
4. Zungenveränderungen	87.38	119
5. Palpabler Milztumor	78·63	119
6. Bronchitis	74·79	119
7. Widal	72 41	58
8. Meteorismus	57·98	119
9. Dünne Stühle	37·81	119
10. Ileocökalgurren	32·77	119

Die meisten Krankheitsfälle kommen auf das Alter von 15 bis 20 Jahren. (Maximum 20 bis 25 Jahren.) August und September weisen die zahlreichsten Erkrankungen auf. 41 Männer. 78 Weiber. 11 Todesfälle.
F. L.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Ueber Eumydrin.

Das Eumydrin zeigte nach den Untersuchungen von Willy Erbe (Inaug.-Diss., München 1903) in seiner Verwendung für die interne Therapie günstige Resultate, da sich die Angaben der pharmakologischen Prüfung, wonach der Hauptvorteil des Mittels bei interner Darreichung in dem vollkommenen Fehlen der Wirkungen auf das Zentralnervensystem liegen soll, bestätigen. Das Eumydrin wurde intern angewandt gegen eines der quälendsten Symptome, die der Verlauf einer chronischen Phthise mit sich bringt, gegen die Nachtschweiße.

Die verabreichten Pillen wurden mit einer Dosis von 0·001 g hergestellt und gegen 6 Uhr abends gegeben.

Die Schlußfolgerung aus den klinischen Beobachtungen des Vf. ergibt vor allem, daß das Mittel in jedem Falle auch von äußerst reduzierten Phthisikern mit schlechtem Magen und darniederliegender Verdauung ohne jede Ausnahme gut vertragen wurde; es wurden selbst bis zu vier Pillen anstandslos vertragen und es traten dabei nicht die unerwünschten Nebenwirkungen des Atrapinsulfats auf, die in Mattigkeit, Aufregung, Unruhe, hastigen Bewegungen, Trockenheit im Halse, kungen des Atropinsulfats auf, die in hen. Bei den größten Gaben des Mittels, und das ist nach der Meinung des Vf. ein Hauptvorzug, wurden derartige Zustände auch nicht einmal andeutungsweise beobachtet und verdient somit das Präparat vor dem Atropinsulfat in dieser Beziehung den Vorzug. Eine geringe Steigerung der Pulsfrequenz wurde fast stets beobachtet, aber nie in einem solchen Maße, daß subjektive Klagen über Herzklopfen geäußert worden wären, die Steigerung der Pulszahl hielt sich auch bei großen Gaben in mäßigen Grenzen. Aber ebenso wie beim Atropinsulfat macht sich auch beim Eumydrin eine gewisse Unsicherheit in dem Eintritt der Wirkung geltend, bei dem einen Patienten schlägt das Mittel schon in geringen Dosen gut an, und es läßt sich eine ganze Zeit lang zur therapeutischen Bekämpfung der lästigen Nachtschweiße verwerten, bei anderen dagegen sind kleine Gaben vollständig wirkungslos und auch größere vermögen ihre sekretionsbeschränkende Wirkung nur schwach aber nicht prompt und sicher auszuführen, so daß das Eumydrin, mit allen anderen, gegen die Nachtschweiße der Phthisiker empfohlenen Mitteln, das Schicksal einer gewissen Unverläßlichkeit teilt, dagegen den großen Vorzug einer guten Verträglichkeit und eines Freiseins von unbeabsichtigten Nebenwirkungen hat, von welchem Standpunkt aus es unbedingt zum therapeutischen Gebrauch empfohlen werden kann. Mit Aspirin zusammengegeben, um einerseits die schon primär bestehende und durch das Einnehmen von Aspirin noch gesteigerten Schweiße zu unterdrücken, anderseits um die temperaturherabsetzende Wirkung des Atropins ohne den lästigen, häufig folgenden Schweißausbruch sich zunutze zu machen, erwies sich das Eumydrin ebenfalls unsicher, wenn auch entschieden wirksam.

Zusammenfassend kann sich Vf. dahin entscheiden, daß das Eumydrin wegen seiner guten Verträglichkeit und seines Freiseins von Zentralnervensystemerscheinungen den Vorzug vor dem Atropin verdient bei der Behandlung der Nachtschweiße der Phthisiker, obwohl es nicht sicherer, aber auch nicht unsicherer in seiner Wirkung ist, und daß es bei der Aspirindarreichung wegen seiner vollkommenen Unschädlichkeit bis zu Gaben von 0·004 und höher bei Eintreten von Schweißen sehr gut mit diesen kombiniert, gegeben werden kann. —

Dr. S. Jonas untersuchte die Wirkung des Atropinderivates Eumydrin auf die Nacht-

---

*) Zusendungen von Prospekten, Werken und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

schweiße der Phthisiker. (IV. med. Abteilung des k. k. allg. Krankenhauses in Wien.)

Er erzielte damit bei der großen Mehrzahl der Fälle (83·3%) Besserung oder selbst Aufhören der Schweiße bei fortgesetzter Darreichung von 1—2 mg. In seltenen Fällen blieben sie für kurze Zeit aus, auch wenn das Mittel weggelassen wurde. Vollständig waren sie nicht zu vertreiben. Auch wenn das Mittel während des Schweißes selbst gegeben wurde, konnte keine Wirksamkeit desselben festgestellt werden. Von Nebenwirkungen trat nach längerem Gebrauch, besonders größerer Dosen, in sehr vereinzelten Fällen Trockenheit im Schlund auf, die nach kurzem Aussetzen des Mittels verschwand. Trotzdem bis zu Dosen von 3 mg gestiegen wurde, war dies die einzige beobachtete Nebenwirkung. Das Eumydrin erweist sich demnach bei den Nachtschweißen der Phthisiker in den Gaben von 1—2 mg, längere Zeit hindurch abends genommen, als ein gutes, schweißverhinderndes Mittel, das leicht vertragen wird und in dieser Dosis in der Regel keine unangenehmen Nebenwirkungen macht. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 4, 1905.) —

Die Wirkung des Eumydrins bei Darmparalyse, Darmstenose, Appendizitis und Gallengangskoliken studierte Hagen (Die Heilkunde, Nr. 2, 1905) in einer Reihe von Fällen, von denen keiner ein erfolgloses Resultat zeigte. Die Vorzüge des Eumydrins stellen seinen therapeutischen Wert nach der Erfahrung Hagens zweifellos über den des Atropins und geben „selbst dem zaghaften Ärzte ein Mittel in die Hand, dessen er sich bei entsprechenden Erkrankungen des Magendarmkanals sorglos und zuversichtlich bedienen darf“.

Tanninpräparate.

Tannalbin. Durch Erhitzen frisch gefällten Tanninalbuminats erhaltene Tannineiweißverbindung, die sich erst im Dünndarm löst. — Schwach gelbliches Pulver, das 50% Tannin enthält. — Bei Diarrhöen und Darmkatarrhen aller Art in Dosen von 0·5—1·0 mehrmals täglich; pro die bis 10·0, Kindern mehrmals täglich 0·25—0·5.

Tannalborin: Angeblich eine Verbindung von Aluminium mit Tetraborsäure und Gerbsäure, als Aluminiumtannotetraboricum bezeichnet. In der Veterinärmedizin gegen Durchfälle der Kälber, Fohlen und Hunde, teelöffelweise.

Tannalum solubile Riedel: Aluminium tannico-tartaricum. In Wasser lösliches Pulver. Bei Rachen- und Kehlkopfleiden als Streupulver rein wie als Pinselsaft in Wasser oder Glyzerin gelöst. Besonders als Gurgelwasser oder als Inhalation geeignet. Die adstringierende Wirkung ist eine energische. Das Präparat besitzt nicht den schlechten Geschmack von Alaun und Tannin.

Tannalum insolubile Riedel: Basisch gerbsaures Aluminium. Bräunliches, in Wasser unlösliches, in Natronlauge lösliches Pulver. Als Adstringens bei Krankheiten des Rachens und Halses als Streupulver und zu Insufflationen.

Tannigen: Diazetyltannin. Gelblichgraues, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlösliches, in verdünnten Alkalien lösliches Pulver, das sich erst im Dünndarm löst. — Bei chronischen Kinderdurchfällen in Dosen von 0·2—0·5 mehrmals täglich, bei Erwachsenen bis zur Maximaldosis von 3—4 g täglich.

Tannobromin: Durch Einwirkung von Formaldehyd auf Dibromtannin erhaltenes Präparat. — Rötlich- oder gelblichgraues Pulver, das zirka 25% Brom enthält, in Wasser wenig, in alkalischen Flüssigkeiten leicht löslich ist. — Adstringierendes Desinfiziens.

Tannocasum: Eine aus Tannin, Kasein, Salzsäure und Formaldehydlösung hergestellte Verbindung. — Hellgraues, im Magensaft unlösliches Pulver, Darmadstringens.

Tannochrom: Chromum oxydatum bitannicum resorcinatum. — In der Wundbehandlung und bei Gonorrhöe, hier als 0·25—0·5%ige Injektion. — Das Präparat kommt in trockener und gelöster Form in den Handel.

Tannocol. Durch Fällen von Leimlösung mit Tannin hergestellte Verbindung. — In Wasser unlöslich; spaltet sich



erst im Dünndarm. — In Dosen von 1·0 mehrmals täglich bei Durchfall und Darmkatarrhen.

T a n n o f o r m: Kondensationsprodukt aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure von der Formel: $C_{29} H_{20} O_{18}$. — Weißrötliches, in Wasser unlösliches, in Sodalösung lösliches Pulver. — Aeußerlich bei Hyperhydrosis, Balanitis, Pruritus verschiedener Art, Ozäna, Dekubitus, Brandwunden etc. als Streupulver verwendet unvermischt oder mit Talcum etc. zusammen; auch als 10%ige Salbe. Innerlich als Adstringens bei Darmkatarrh und Gastroenteritis chronica in Dosen von 0·25—1·0 mehrmals täglich.

T a n n o n (T a n n o p i n): Kondensationsprodukt von Tannin und Hexamethylentetramin. — Braunes, geruch- und geschmackloses, feines, in Wasser fast unlösliches, in verdünnten Alkalien lösliches Pulver. — Als Darmadstringens in Dosen von 1·0 mehrmals täglich (Kindern 0·2—0·5) bei Durchfall, Darmkatarrh etc.

T a n n o s a l: Gerbsäureester des Kreosots. — Dunkelbraunes, hygroskopisches, schwach nach Kreosot riechendes Pulver, das in 15 Teilen Wasser gelöst oder in Pillen à 0·33 in den Handel kommt. — Mehrmals täglich einen Eßlöffel der Lösung oder mehrmals täglich 2—3 Pillen bei Erkrankungen der Luftwege, auch bei Lungentuberkulose. Aeußerlich in Lösung bei tuberkulösen Geschwüren.

T u r i c i n: Verbindung von Tannin und Glutonin; Antidiarrhoikum bei akutem Darmkatarrh.

C a p i l l i n. Kondensationsprodukt von Tannin, Chloral und Resorzin. Haarwuchsmittel.

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

E i s e n r o b o r a t besteht aus Roborat (Getreide-Eiweißnährmittel) und 0·4% hieran gebundenem chemisch reinem Eisen.

E m o c a s c a r a ist der Name eines amerikanischen Cascara-Sagradaextraktes, in dem das Emodin in Form eines Salzes enthalten sein soll.

F e r a c o besteht aus reinem Kakao und Eisensaccharat.

F e r r a t i n ist eine Eisenverbindung mit 6% Eisen; wasserlösliches, lichtbraunes, geruch- und geschmackloses Pulver, das in Originalflaschen von 25 g und in der Form von Schokoladepastillen (à 0·5 g Ferratin) in den Handel kommt.

F e r r a t o s e ist eine Lösung von Ferratin, die 0·3% Eisen enthält; kommt in Originalflaschen à 250 g in den Handel. Dosis 3—4 Eßlöffel voll täglich; Kindern die Hälfte.

F e r s a n ist ein eisen- und phosphorhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel mit zirka 90% wasserlöslichen und aufgeschlossenen Eiweißsubstanzen; indiziert bei Chlorose, Rhachitis, Neurasthenie, Schwächezuständen, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Tuberkulose, Blutverlusten, Kachexie, Nierenkrankheiten, Diabetes (!).

F r a d a ist ein vollkommen alkoholfreies, reines Produkt aus frischen Früchten, mit dem vollen Aroma derselben, aber ohne deren unverdauliche Zellstoffe; wird für Diabetiker auch ohne Zuckerzusatz hergestellt.

G a l l o g e n ist Ellagsäure $C_{14}H_6O_8$ aus Divi-Divi-Schalen und wird bei Tuberkulose des Darmes empfohlen. Dos. 0·3 bis 0·5 g bei Kindern und 1 g bei Erwachsenen.

G a s t r i c i n, Traub, ist ein diätetisches Magenpulver und besteht aus einem Gemisch von Ammon. carbonic. 1·0, Ammon. chlorat. 1·0, Kali bitartaric. 6·0, Tart. natronat. 2·0, Lapid. Cancror. 5·0, Magn. carbonic. 3·0, Magn. citric. 10·0, Magn. lactic. 5·0, Natr. chlorat. 3·0, Natr. sulf. 3·0, Natr. bicarb. 60·0.

G l i d i n, Dr. K l o p f e r s Weizeneiweiß enthält etwa 96% Eiweiß, 1% Salze und 1% Lezithin in der Trockensubstanz. Es wird aus feinstem Weizenmehl gewonnen und bildet ein gelblichweißes, geruch- und geschmackloses Pulver, das in Wasser und anderen wasserhaltigen Flüssigkeiten aufquillt. Es ist frei von Nukleinen, wodurch bei seinem Genuß die Harnsäurebildung vermindert wird.

Guderin ist eine Eisenmanganpepton-Flüssigkeit.

Häman ist ein Rhodaneisenpeptonat in flüssiger Form.

Hämalor ist ein darmanregender Likör der Schützenapotheke in München gegen Verstopfung, Hämorrhoiden.

Hämatic, Hypophosphites von Parke, Davis & Co., enthält in 30 cm^3 0·097 g Cal. hypophosphor., 0·065 g Mangan. hypophosphor., 0·008 g Strychn. hypophosphor., 0·081 g Ferr. hypophorsphor., 0·065 g Calc. hypophosphor., 0·028 g Chinin. hypophosphor. Der Sirup wird bei Anämie (Tuberkulose, Bronchitis) empfohlen.

Helfin, Helfenberg, Bandwurmmittel, enthält (für Erwachsene) 4 g frisches Farnwurzelextrakt mit 8 g Rizinusöl gemischt und 11 Kapseln, welche 3 g Terpentinöl und 30 g Rizinusöl gemischt enthalten.

Hexamethylentetramin (Formin) ist ein inneres Desinfektionsmittel bei Darm- und Blasenleiden.

Honthin; Darmadstringens. Dosis: für Erwachsene 0·7—1·5 g; für Kinder 0·4—0·5 g; für Säuglinge 0·2—0·3 g mehrmals täglich.

Ichthoform wird bei tuberkulöser Diarrhöe empfohlen.

Jecorol, Schokoladeemulsion mit Lebertran. — Jecorolum guajacolatum mit 2% Guajakolkarbonat. — Jecorolum jodatum mit 10% Jodipin. — Jecorolum lecithinat. mit 0·6% Lecithin.

Isson ist eine wohlschmeckende haltbare Flüssigkeit mit 0·2% Eisenoxydulsaccharat. Gabe: für Kinder 10—20 Tropfen, für Erwachsene $^1/_2$—1 Teelöffel.

(Fortsetzung folgt.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Antichoren von Dr. Horowitz in Berlin ist peptonisiertes Quecksilberchlorjodid ($HgJ_2 + 2\,HgCl_2$), erhalten durch Einwirken von Quecksilberjodid und Pepton auf Quecksilberchlorid in Form einer dunkelbraunen, extraktartigen, wasserlöslichen Masse. Anwendung: bei Syphilis. Dosis: Innerlich mehrmals täglich 0·01 in Pillen oder 2%ige subkutane Injektion.

Apnol. Ist eine wässerige Lösung von Periplocin, unter Zusatz von Glyzerin, geringen Mengen Jodnatrium, Mentholspiritus, Pyridin etc. Bei asthmatischen Beschwerden angewendet.

Attritin empfehlen Mendel und Behr zu intravenösen oder intramuskulären Injektionen in Fällen, wo die Darreichung von Salizylpräparaten per os oder in Form von Einreibungen nicht angezeigt ist. Man bedient sich hiezu am besten einer Lösung aus Natr. salicylicum 17·5, Koffein 2·5, Wasser q. s. ad 100. Die Lösung wird sterilisiert und in Ampullen mit $2^1/_4$ cm^3 Inhalt unter dem Namen „Attritin“ von den Vereinigten chem. Werken in Charlottenburg in den Handel gebracht. Die Dosis für Erwachsene beträgt 2 g in Zwischenräumen von 12 Stunden bis zu 3 Tagen. Besonders angezeigt erscheint „Attritin“ bei Lumbago, Ischias und Gelenkrheumatismus.

Candol. Trockenes Malzextrakt. Nährmittel.

Cellotropin: Monobenzol-Arbutin. Bei Infektionskrankheiten, Tuberkulose und Skrofulose empfohlen. Dosis 0·3—0·5.

Convulsin: Eukalyptuspräparat; empfohlen bei Keuchhusten und anderen Affektionen des Respirationstraktus.

Cotargit: Doppelsalz des salzsauren Kotarnin und Eisenchlorids. Hämostatikum.

Guayolin ist Benzoesäure-Methylendiguajakolester in Form eines grünlichgrauen Pulvers, welches wie Guajakol Anwendung findet.

Haemostypticum Brünninghausen soll die wirksamen Bestandteile des Mutterkornes und der Hydrastiswurzel enthalten. Anwendung: bei Blutungen. Dosis: 4mal täglich 20 Tropfen.

Juglandin. Pulverförmiges Extrakt aus der Wurzel von Juglans cinerea. Anwendung: Bei Leberleiden und als Abführmittel. Dosis 0·3—0·6 in Pillenform.

Kaseïn-Albumoseseife ist eine neutrale, überfettete Seife. Von Delbanco als Grundlage für andere medizinische Seifen sowie rein bei verschiedenen Hautkrankheiten angewendet.

Lipijodol: Jodöl mit 40% Jod, welches in Dosen von 5 cm^3 täglich oder

10 cm^3 jeden zweiten Tag subkutan gegen Syphilis Anwendung findet. Die Wirkung ist eine langsame, aber nachhaltige. Zur Erreichung einer schnelleren Jodwirkung anfangs innerlich noch Jodkalium.

L y s a r g i n e: Argent. colloid. mit 60% metallischem Hg., Antiseptikum.

M a r i n a: Filtriertes, unter Druck mit Kohlensäure imprägniertes Meerwasser (aus dem Mittelmeer), welches nach F o d o r bei chronischem Magendarmkatarrh, Dyspepsie und Diabetes mellitus, auch als leichtes Abführmittel in Dosen von $^1/_4$—$^1/_2$ Trinkglas voll gegeben wird.

M i g r ä n e t a b l e t t e n bestehen aus Phenacetin 0·05, Koffein 0·06, Kodein 0·02 und Guarana 0·02 pro dosi. Darsteller W. N a t t e r e r, München.

M u s i n (S t r o h s c h e i n) besteht aus 55% Rizinusöl und 45% einer aus Eiweiß, Eidotter und Zucker, der zum größten Teile Lävulose ist, bereiteten Mischung. Abführmittel.

N e r v i t o n von J. S c h u l z e, Dresden, enthält die wirksamen Bestandteile der Chinarinde und Kolanuß, sowie glyzerinphosphorsauren Kalk und Eisen.

P a s s i f l o r a i n c a r n a t a. Die Tinktur bewährt sich nach S t a p l e t o n („Cleveland Med. Journ.“) gegen Schlaflosigkeit, Hysterie u. s. w. Dosis: Alle 2—3 Stunden 20—25 Tropfen; Kindern entsprechend weniger.

P h e n a l i n: Catharticum, Tabletten mit je $^1/_2$ g Phenolphthaleïn.

R h e u m a s o l (Petrovasolum salicylatum): 80 Teile Vasol und je 10 Teile Petrosulfol und Salizylsäure. Indikationen: Es hat sich nach M e i t n e r s Versuchen erprobt bei alten oder sonst schwer sich resorbierenden Exsudaten in Form des Kompressenverbandes als mächtiges Resorbens; ferner bei Lymphdrüsenschwellungen, rheumatischen Erkrankungen und rheumatischen Neuralgien, bei Ischias, Lumbago und Muskelrheumatismen. Anwendungsweise in Form von Einreibungen, Einpinselungen und als Kompressenverband. Nach Einreibungen und Pinselungen Gazeverband, bei Kompressen gut mit Rheumasol getränkte Gaze und darüber Watteverband. Der Kompressenverband kann 5—6 Tage liegen bleiben.

S a l b e n g r u n d l a g e „F u n d a l“ ist ein etwa 6% Wasser enthaltendes Gemenge aus Adeps Lanae, Vasel. alb. und Vasel. flav.

S a n o s a l: Abführmittel nach Art der Brausesalze, welches neben Geschmackskorrigentien die Bestandteile der ungarischen Bitterwässer enthält.

S i l i n: Hexamethylentetramin-Citrosilicat. In Verbindung mit Alkalien bei harnsaurer Diathese angewandt. 3·0 pro die.

S o m a t o s e gelangt auch in flüssiger, steriler Form in den Handel.

T h é r a n o l: Eine 25%ige Lösung von phenylpropriolsaurem Natrium, welche bei Lungentuberkulose zu Einatmungen Verwendung findet.

U r a n s a l z e empfiehlt W a l k e r gegen Lupus in Pflasterform. Das auf Leder gestrichene Pflaster wird auf die Lupusstellen aufgebunden, wo es 1—3 Tage liegen bleibt. Die Erfolge sollen günstige sein.

U r o c i t r a l = T h e o b r o m i n - N a t r i u m c i t r a t; weißes, in warmem Wasser lösliches Pulver von salzig-bitterem Geschmack und schwach alkalischer Reaktion, enthält 45% Theobromin. Anwendung: anstatt Diuretin und Agurin; das Natriumcitrat soll die Nebenwirkungen der letzteren verhindern. In den Handel gelangt es als Pulver oder in Form von 0·5 g schweren Tabletten: T a b l e t t a e U r o c i t r a l i. Ebenso als T a b l e t t a e c o m p o s i t a e.

U r o p u r a l: Ein Extrakt von Uva ursi mit verschiedenen Zusätzen, wie Salol, Hexamethylentetramin, Aspirin etc. Indiziert bei Zystitis und Gonorrhöe.

V a l o f i n (H e l f e n b e r g). Ein Baldrianpräparat in flüssiger Form, welches die wirksamen Stoffe der Baldrianwurzel und der Pfefferminze enthält. $^1/_2$ Teelöffel mit einer Tasse heißen Wassers gleicht einem frischen Aufgusse beider Drogen. (Fortsetzung folgt.)

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Serum gegen Lungenentzündung.

P a e s s l e r (Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 51, 1904) berichtet über ein

nach Vorschrift von Römer dargestelltes Pneumokokkenserum, mit welchem in schweren Fällen croupöser Pneumonie gute Erfolge erzielt worden sind. Dieses „Römer-Serum" ist ein Gemisch verschiedener Sera von Pferden, Rindern und Schafen, die gegen möglichst zahlreiche menschenpathogene Pneumokokkenstämme immunisiert sind. Pro dosi werden 10—30 cm³ injiziert, in einzelnen Fällen mehrmals Fabrikant: Merck, Darmstadt.

Thyraden = Extr. thyreoideae Haaf.

Thyraden ist ein durch Extraktion der Schilddrüse gewonnenes Präparat, das von der Firma Knoll in Ludwigshafen hergestellt wird und bei folgenden Affektionen indiziert ist: Struma parenchymatosa, Myxödema spontan. et congenit., Fettleibigkeit, Psoriasis, Ekzem und anderen Hautkrankheiten, Syphilis, gewissen Frauenleiden (Menstruationsbeschwerden, Menorrhagie), Rhachitis. Das pulverförmige Präparat ist mit Milchzucker so eingestellt, daß 1 g = 2 g frischer Drüse entspricht. — Die Thyradentabletten (à 0·25 Gramm) sind mit Milchzucker auf 0·3 g frischer Drüse eingestellt. Einzeldosis 0·15—0·3 g; Tagesdosis 1·0—1·5 g. — Einzeldosis 1—2 Tabletten, Tagesdosis 6—10 Tabletten. Die Dosis für Kinder beträgt $^1/_4$—$^1/_2$ obigen Quantums. Zu große Dosen erzeugen Schwächegefühl in den Beinen, Herzklopfen, Schlaflosigkeit und Verdauungsbeschwerden.

Prostataden wird von der gleichen Firma nach analogem Verfahren hergestellt. Das Präparat ist ein Extrakt der Prostata des Stieres. Es wird bei glandulärer Hypertrophie empfohlen. Dosis für Erwachsene: 2—4—8—10 Tabletten à 0·25 Prostataden pro die.

Suprarenaden.

Die blutdrucksteigernde Wirkung der Nebennierensubstanz ist die Folge ihres direkten Einflusses auf die Gefäßwände. Nach den Beobachtungen von Oliver und Schäfer, Cybneski und Scimonovicz üben Einspritzungen von Nebennierensubstanz einen Einfluß auf die Herzaktion aus: Es sinkt die Frequenz der Herzschläge und die Intensität der Herzkontraktionen nimmt zu (Reizung des Vaguszentrums). Kleinere Gaben reizen das Atemzentrum: es stellen sich tiefe, kräftige und beschleunigte Atemexkursionen ein.

Scimonovicz wies nach, daß die wirksame Substanz nur im Markteile der Glandula suprarenalis vorhanden ist; der Rindenteil ist unwirksam. Trotzdem ist sichergestellt, daß Auszüge aus der Drüse in toto intensiver wirken wie die aus der Marksubstanz erhaltenen (Korczinski).

Suprarenaden ist ein Extrakt, welches sämtliche Bestandteile der Drüse in haltbarer Form enthält und stark blutdrucksteigernd wirkt. 1 g Suprarenaden = 2 g frischer Nebenniere.

Dosis für Erwachsene: Einzeldosis 0·5, Tagesdosis 1·0—1·5.

Indikationen für Suprarenaden sind in erster Linie Morbus Addisonii, ferner drohende Herzschwäche, Muskelschwäche der Neurastheniker; als Hämostatikum findet es in der Rhinologie und Ophthalmologie Verwendung. Flörsheim empfiehlt es als bestes Mittel bei Hämoptöe.

Ovaraden.

Nach der Theorie von Fehling ist die Zeugungstätigkeit der Eierstöcke nicht das einzige Ziel ihrer biologischen Aufgaben, sondern es ist die normale Funktion der Ovarien eine unerläßliche Bedingung der richtigen Knochenernährung. Wie Kehrer glaubt, übt eine überschüssige Produktion des Eierstocksekretes eine deletäre Wirkung auf das Knochengewebe aus; auf diese Weise werden z. B. auch die Erfolge der Kastration bei Osteomalazie verständlich.

Anderseits treten nach Ovariotomie eine Reihe von Störungen im Allgemeinbefinden auf, welche nach Eingabe von Eierstockpräparat verschwinden.

Lienaden.

Szipérowicz sah nach intraperitonealen Injektionen der Auszüge von Milz eine Zunahme der Erythrozytenmenge und des Hämoglobingehaltes. Goldscheider nach subkutanen Injektionen von Milzextrakt Hyperleukozytose.



Wood hat die Milzpräparate bei Morbus Basedowii mit Erfolg versucht.

Medulladen.

Korezynski konstatierte, daß das Medulladen Knoll eine energische Einwanderung der Erythrozyten in die Blutgefäße aus den hämatopoetischen Organen bewirkt und daß es ferner direkt die Erythrozytenbildung anregt.

Kraus befürwortet die Knochenmarktherapie in Kombination mit den Arsen- und Eisenpräparaten.

2. Nahrungs- und Genußmittel.

Riedels Kraftnahrung.

Ein aus den wirksamen Bestandteilen des Malzextraktes, verbunden mit denen des frischen Hühnereigelbs, bestehendes Nährmittel, welches alle dem Körper nötigen Baustoffe in richtigem Verhältnis und in chemisch unverändertem Zustand enthält. Vorverdaute Produkte, welche nach neueren Untersuchungen vielfach Verdauungsbeschwerden hervorrufen, enthält das Mittel nicht. Es ist ein wohlschmeckendes, leicht emulgierendes Pulver, das bei allgemeinen Schwächezuständen, in der Rekonvaleszenz, bei Anämie und Folgezuständen, Rhachitis etc. eßlöffelweise in Milch, Bier, Kaffee, Brei oder anderen Nahrungsmitteln gegeben wird.

Fabingers Malzhafer-Zwieback enthält 0·69% Fett, 12·56% stickstoffhaltige Körper, 5·92% Zucker (berechnet auf Rohrzucker), 71·8% andere stickstoffreie Extraktivstoffe, 1·25% Holzfaser, 1·35% Asche, die vorwiegend aus phosphorsauren Alkalien und Kalk, Natriumchlorid und geringen Mengen von Sulfaten und Eisenoxyd besteht. Darsteller: V. Fabinger, Trautenau.

3. Anderweitige Heilbehelfe.

(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

Ueber Paraffinprothesen berichtet Georg Ose in seiner Dissertation (Leipzig 1904).

Die Technik der Weichparaffininjektion ist folgende: Nachdem das Paraffin über der Flamme, im Wasserbade oder im Trockenofen verflüssigt und sterilisiert worden ist, wird es in die Injektionsspritze eingesaugt. Dann wird die Kanüle unter eine emporgehobene Hautfalte eingestoßen und das Vaselin langsam injiziert, aber erst dann, wenn es die vorgeschriebene pastöse Konsistenz erlangt hat, was daran zu erkennen ist, daß das Vaselin eine weißliche Farbe annimmt. Gleichzeitig wird das Operationsgebiet durch Fingerdruck von der Umgebung abgesperrt, nicht nur zur Verhütung der Embolie, sondern auch, um zu verhindern, daß Paraffin an falsche Stellen gelangt. Nach erfolgter Injektion wird die Kanüle hervorgezogen und die Stichöffnung mit Pflaster oder Kollodium verschlossen. Durch einen Strahl Aethylchlorid bringt man das Paraffin zu größerer Konsistenz und kann nun durch Fingerdruck der Prothese die gewünschte Form geben. Bis sie ihre endgiltige Konsistenz erlangt hat, muß sie vor äußeren Gewalteinwirkungen geschützt werden.

Die Injektion des Hartparaffins ist nach Ecksteins Angaben folgendermaßen vorzunehmen: Das sterilisiert und filtriert vorrätig gehaltene Paraffin wird im Wasserbad verflüssigt. Wenn das Wasser eine Temperatur von 65—70° C. erreicht hat, saugt man das flüssige Paraffin in die Spritze ein, die durch mehrfaches Ausspritzen mit heißem sterilen Wasser erwärmt ist. Um das Erstarren des Paraffins in dem von dem Gummimantel nicht geschützten Teile der Kanüle zu verhüten, saugt man etwas heißes Wasser in sie ein, das dann mit injiziert wird. Man sticht die Kanüle in einiger Entfernung von dem Gebiete ein, in das das Paraffin injiziert werden soll, da sonst der Stichkanal leicht klafft und erst nach längerer Zeit zuheilt. Die Stelle des Einstiches wird durch Injektion von Schleich'scher Lösung unempfindlich gemacht. Während ein Assistent die Umgebung komprimiert, wird die Injektion in ruhiger und gleichmäßiger Weise ausgeführt. Nach Beendigung derselben wartet man noch so lange mit dem Zurückziehen der Nadel, bis das Paraffin vollkommen erstarrt ist und durch den Stichkanal nicht mehr hervordringen

kann. Die Stichöffnung wird mit Pflaster bedeckt.

Einen neuen Halseisbeutel beschreibt Löwenstein (Elberfeld) in der Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1905. Der Beutel hat länglich ovale Form, reicht von einem Kieferwinkel zum anderen und wird durch ein mit einer Schlaufe versehenes und so verstellbares Gummiband an die vorderen Partien des Halses fest angedrückt. Ein kleiner Haken befindet sich an der einen Seite des Eisbeutels, so daß der Patient bei der Befestigung des Gummibandes nicht jedesmal den Kopf in die Höhe zu heben braucht. Ein zweites ebensolches Gummiband ist an dem oberen Rande des Eisbeutels befestigt und hält, über den Kopf des Patienten gezogen, fest nach oben. Der Eisbeutel läßt sich leicht füllen und ist, durch einen Gummiring verschlossen, vollständig wasserdicht. Er wird in zwei Größen von der Firma Garschagen und Rothstein in Düsseldorf hergestellt.

4. Rezeptformeln.

Atonia ventriculi:

Rp. Tinct. Strychn. 5·0
Tinct. Valer. ad 25·0

M. D. S. Dreimal täglich 12—15 Tropfen zu nehmen.

Entzündungen des Respirationstraktus behandelt Weitlander mit:

Rp. Natrii salicyl. 30·0
Pulv. Ipecac. opiat. 3·6
Ol. Menth. pip. gtt. 1

M. f. p. Div. in part. aeq. Nr. XX.
S. 3—5 Pulver täglich in Wasser. — (Wien. med. Presse Nr. 49, 1904.)

Dysmenorrhöe.

Rp. Extr. Hyosciami fluid. 8·0
Extr. Cannab. ind. fluid. 4·0
Extr. Cimicifug. fluid. 15·0
Spir. camphor. 4·0
Spir. aether. comp. ad 90·0

M. S. Dreimal täglich 1 Teelöffel voll in Wasser einige Tage vor und während der Menstruation.

Obstipation bei Anämischen:

Rp. Natr. bicarb.
Ferr. oxydat. saccharat. solubil. } ää 20·0
Pulv. rad. Rhei 5·0

M. f. pulv. D. S. Dreimal täglich eine Messerspitze nach dem Essen zu nehmen.

Epistaxis (Nasenbluten):

Rp. Adrenalini hydrochlor. 0·03
Acid. boric. 3·0
Aq. cinnamomi 40·0
Aq. camphor. 40·0
Aq. dest. ad 90·0

M. D. S. Vor dem Gebrauch erwärmen und dann einträufeln.

Pruritus ani:

Rp. Aluminis 0·4
Calomelani 1·0
Glycerini 30·0

M. D. S. Auf die wunde Fläche zu streichen.

Rp. Liq. plumb. subacet. 4·0
Lactis ad 25·0

M. D. S. Täglich auf die wunden Stellen zu bringen.

Rp. Acid. carbolic.
Zinci oxydat. } ää 4·0
Glycerini 12·0
Aq. Calcis ad 250·0

M. D. S. Ein- oder zweimal täglich aufzutragen, um das Jucken zeitweilig zu mildern.

Rp. Acid. carbolic. 4·0
Calamin. präparat. 8·0
Zinci oxydat. 16·0
Glycerini 24·0
Aq. Calcis 30·0
Aq. Rosae ad 250·0

M. D. S. Mittels Kompressen auf die wunde Fläche zu bringen.

Bei Exkoriationen der Schleimhaut:

Rp. Extr. Hamamelis fluid. 30·0
Extr. Secal. cornut. fluid.
Extr. Hydrast. fluid. } ää 8·0
Tct. Benz. comp.
Ol. carbol. (5%) 30·0

M. D. S. Vor Gebrauch gut umschütteln.



Eine andere Verordnung für denselben Zweck:

Rp. Ammon. sulfo-ichthyol. 4·0
Ol. olivar. 30·0
M. D. S. Mittels Wattetampon auf die Schleimhaut zu applizieren.

Für hartnäckige Fälle empfiehlt Hyde:

Rp. Acid. carbolic. 6·0—15·0
Glycerini 8·0
Menthol. 4·0—15·0
Spir. Vini rectificat. q. s. ad solut.
Aq. dest. 240·0
M. D. S. Aeußerlich.

Unna-Salbe für diese Zwecke:

Rp. Acid. carbolic. 1·3
Sulphur. 12·0
Ung. Hydrarg. ciner.
Lanolin. } āā 15·0
M. f. ungt. D. S. Salbe.

Teersalben sind von Nutzen, wenn es sich um Analekzeme handelt:

Rp. Ungt. picis 12·0
Ungt. Bellad. 8·0
Tct. rad. Aconit. 4·0
Ungt. aq. Ros. 12·0
M. f. ungt. D. S. Salbe.

Rp. Ungt. picis 4·0
Zinci oxydat. 8·0
Ammon. sulfo-ichthyolic. 4·0
Ungt. aq. Ros. 30·0
M. f. ungt. D. S. Salbe.

Rp. Sulf. subl.
Picis liquid.
Sapon. virid. } āā 24·0
Bol. alb. 12·0
Adip. suis. 30·0
M. f. ungt. D. S. Salbe.

5. Behandlungsmethoden.

Chronische Prostatitis.

N. Wossidlo empfiehlt in der „Therapia“ (Nr. 10, 1904) die Bekämpfung der Dysurie und der Schmerzen mit warmen Sitzbädern. Gegen die quälenden Erektionen gibt er Brom:

Rp. Natr. brom. 1·0—2·0
Camphor. 0·2—0·02
Morph. hydrochl. 0·005
Sacch. alb. 0·5

Bei der schweren Form der Prostatitis acuta parenchymatosa et interstitialis, die mit Schüttelfrösten verbunden ist, kommt im akuten Stadium entweder Kälte in Form einer Eisblase oder Wärme in Form von Sitzbädern (bis 40°) oder reichliche warme Darmeingießung in Betracht, denen Suppositorien aus Jodoform 0·05, Butyr. cacao 2·0 und Morph. 0·015 folgen können.

Bei der Behandlung der chronischen Prostatitis erweisen sich wirksam Jod, Ichthyol, Jodoform in Gestalt von Suppositorien:

Rp. Kal. jodat. 0·5
Jodi puri 0·05
Extr. Bellad. 0·02
Ol. cacao q. s. ut f. sup.

Rp. Tinct. Bellad. 7·0
Tinct. opii 5·0
Kal. jodat. 5·0—10·0
Jodi puri 0·1— 0·5
Aq. dest. 100·0
D. S. Mit einer Spritze dreimal täglich 5—6 g ins Rektum einspritzen.

Rp. Ichthyol. 0·2—0·5
Butyr. cacao 2·0
f. sup.

Rp. Ichthyol. 5·0
Jodi puri 0·05
Extr. Bellad. 0·5—1·0
Aq. dest. 100·0
D. S. Dreimal täglich 5—6 g ins Rektum einspritzen.

Zur Beschleunigung der Resorption dienen folgende Suppositorien:

Rp. Ungt. ciner. 0·3—0·5
Extr. Bellad. 0·02
Butyr. cacao 3·0

Man kann ihnen auch Jod, Jodkali oder Ichthyol hinzusetzen.

Ueber Morphium-Skopolamin-Halbnarkose in der Geburtshilfe berichtet S. Wartapetian. (Aus der geburtshilflichen Klinik zu Jena: Prof. König.)

Vf. hat das Mittel in 20 Fällen in Anwendung gebracht. Was zunächst den Einfluß auf die Wehen bezüglich der Schmerzhaftigkeit betrifft, so ergibt sich aus diesen

Versuchen, daß in fast allen Fällen mit wenigen Ausnahmen der Erfolg durchaus der erwünschte, nämlich die Herabsetzung bis zur vollständigen Aufhebung der Wehenschmerzen, war. In einigen Fällen war es sogar erstaunlich, zu sehen, wie die Mutter, im Schlafe liegend, den Kopf des Kindes durchtreten ließ. Das Aufgehobensein der Preßwehen kann unter Umständen einen nicht hoch genug anzuschlagenden Vorteil bieten, da hiedurch die Gefahr eines Darmrisses vollständig in den Hintergrund tritt. Anderseits ist nicht zu verkennen, daß es eine Reihe von Fällen gibt, in denen das Fehlen des Mitpressens besonders für das Kind Gefahren mit sich bringen kann, wenn die Geburt übermäßig lange dauert. Die Verschiedenheit der Wirkungsweise des Präparats erklärt Vf. gleich anderen durch vielleicht vorhandene Zersetzungsvorgänge. Dazu kommt, daß anzunehmen ist, daß verschiedene Individuen verschieden auf die Einspritzung reagieren, eine Erfahrung, die schon häufig gemacht worden ist.

Was die Tiefe der Narkose anbelangt, so hat sich Vf. im allgemeinen damit begnügt, nur soweit Einspritzungen vorzunehmen, daß die Frauen die Wehen nicht als Schmerzen empfanden, und hat die eventuell notwendigen operativen Eingriffe in Aethernarkose vorgenommen, wobei stets zu bemerken war, daß auffallend wenig Aether gebraucht wurde. Dammnähte und andere kleinere Maßnahmen waren stets auch nach Aufhören der allgemeinen Narkose ohne besondere Schmerzäußerung der noch unter Skopolaminwirkung stehenden Patientinnen möglich. Von einer ungünstigen Beeinflussung der mütterlichen Atmung und des Pulses hat Vf. in seinen Fällen nichts wahrgenommen. Ebenso war auch der Einfluß auf die Pupillen der Mutter nur soweit zu erkennen, als sich in einigen Fällen die Akkomodation und Reaktion auf Lichteinfall träger als gewöhnlich erwies. Erbrechen, Kopfschmerzen u. dgl. hat Vf. bei seinen Patienten nicht feststellen können, dagegen fand sich einigemal erhöhtes Durstgefühl. Der Verlauf des Wochenbettes war nur in einem Falle anormal; es bestand einige Tage hindurch Temperatursteigerung infolge geringer Infektion. Die Mutter konnte zur gewöhnlichen Zeit gesund entlassen werden.

Nicht so günstig sind die Beobachtungen, soweit sie die Kinder angehen. Zwar ist kein einziges gestorben, doch waren die Kinder nach der Geburt in 10 Fällen = 50% in einem Zustande von Benommenheit, der dem gewöhnlichen Bilde der Asphyxie nicht glich. Die Kinder ähnelten vielmehr übernarkotisierten insofern, als die Reflexe sämtlich erloschen waren, die Muskelspannung aufgehoben, der Herzschlag weiter ging, während die Atmung vollständig sistierte. Erst nach längerer künstlicher Atmung im warmen Bade gelang es meist, die Kinder soweit wieder zu beleben, daß ihre Uebergabe an eine Wärterin gefahrlos schien. Die Anwendungsweise der Morphium-Skopolaminnarkose gestaltete sich in den Fällen des Vfs. derartig, daß, nachdem eine Gebärende auf den Kreißsaal gelegt war, zunächst die Dauer, Häufigkeit und Schmerzhaftigkeit der Wehen während einer gewissen Beobachtungszeit festgestellt und sodann die erste Einspritzung vorgenommen wurde. Sobald die Wehen nach der Einspritzung wieder anfingen, schmerzhaft zu werden, wurde die 2., resp. 3. und so weiter bis zur 5. Einspritzung gemacht. Wenn in einem Falle sich zeigte, daß nach Ablauf der Zeit, die bis Eintritt der Wirkung nötig war ($^1/_2$—$^3/_4$ Stunden) die Wehen ihre alte Schmerzhaftigkeit beibehielten, so wurde schon dann die weitere Einspritzung vorgenommen. Es wurde eine Kombination von Morphium 0·01 und Skopolamin 0·0003—0·0004 in subkutaner Weise gebraucht. — (Inaug.-Diss., Jena 1904.)

Adrenalinum hydrochloricum bei Blutungen im Verlauf des Typhus. Von C. Thrush in Piladelphia.

Adrenalin ist ein sehr wirksames Hämostatikum und besonders indiziert bei den komplizierenden Darmblutungen im Verlauf des Typhus. Es übertrifft hiebei nach der Erfahrung des Vfs. alle anderen berühmten Adstringentien, mit denen es zusammen gegeben werden kann. — (Therap. Gazette, Dez. 1904.)

Zur Behandlung septischer Prozesse mit Argentum colloidale Credé. Von Dr. Ernst Cohn.

Vf. erklärt die Wirksamkeit des Kollargol als bisher in klinischer Beziehung in keiner Weise erwiesen und einwandfrei festgestellt, in experimenteller Weise dagegen als vollkommen negativ. Auf Grund seiner Versuche kommt er zu dem Schluß, daß das lösliche Silber nicht imstande ist, den Organismus bei Infektion zu schützen, da es bald nach seiner Einführung aus dem Blute wieder ausgeschieden und in den Organen niedergeschlagen werde und diese Niederschläge in bakterieller Beziehung vollkommen unwirksam seien. (Vf. befindet sich mit diesen Resultaten seiner klinischen und experimentellen Untersuchungen im Gegensatz zu einer beträchtlichen Anzahl anderer Autoren; man darf auf weitere Untersuchung über das Kollargol gespannt sein. F. L.) — (Wiener klin.-therap. Wochenschrift Nr. 3, 1905.)

Zur Behandlung der dyspnoischen Krisen bei der chronischen terminalen Urämie empfehlen Huchard und Pissinger:

Rp. Heroin. hydrochlor. 0·02
Aq. dest. 10·0
D. S. Zur Injektion (je 1 cm³).

Bei gleichzeitiger Herzschwäche:

Rp. Heroin. hydrochlor. 0·05
Aq. dest. }
Spir. Vin. (90%) } āā 4·0
Aether. sulf. 2·0
D. S. Eine halbe Spritze pro Injektion. — (Journ. des Prat. Nr. 22, 1904.)

Amylnitritinhalationen empfiehlt Hare (Lancet 1904) gegen Hämoptoë. In vier Fällen hat er damit günstige Erfahrungen gemacht. In drei Fällen handelte es sich um Tuberkulose, in einem um Mitralinsuffizienz.

Heilung der Hämorrhoiden auf unblutigem Wege nach einer neueren Methode. Von Dr. Johann Hirschkron in Wien.

Die Methode des Vfs. besteht kurz in folgendem: Durch Rumpfbeugen vor-, rück- und seitwärts, durch Rumpfwenden, -Kreisen und -Aufrichten, durch Auswindebewegungen der Beine, durch Rückenwälzen werden gewisse Rumpf-, Bauch- und Beckenmuskeln gespannt und ein rythmischer Druck auf die intraabdominellen Venen ausgeübt, dadurch die Venensaugapparate in inguine und foramen ovale und auch höher in Bewegung gesetzt und ein Rückfluß des Blutes aus den Beckenvenen in die Vena cava ascendens wesentlich erleichtert. Jede Zusammenziehung eines Bauchmuskels sucht die Bauchhöhle zu verkleinern und erhöht dadurch den Druck. — Einen weiteren wesentlichen Bestandteil des Verfahrens bildet die „Rektalgymnastik": durch rythmische Einziehung des Sphinkters werden durch direkten Muskelzug und Druck die Hämorrhoidalknoten einer milden, nicht unangenehm empfundenen Massage ausgesetzt. Durch methodische passive Beckenhebungen, Kletterbewegungen etc. werden bei individueller Dosierung die Knoten kleiner, weicher, schlaffer, lassen sich nach der Defäkation leichter reponieren und fallen nicht so häufig vor. Der Juckreiz wird vollkommen beseitigt, die Blutungen hören allmählich auf und sistieren schließlich ganz. — Bei leichten Fällen dauert eine solche Kur 4—5 Wochen, bei mittelschweren Fällen 6—8, bei schweren 8—12 Wochen. — Zum Schluß gibt Vf. einige Krankengeschichten, die den Wert seiner Methode illustrieren. — (Reichs-Med.-Anz. Nr. 26, 1904.)

Lupusbehandlung nach M. Joseph.

Rp. Resorcini 30·0
Zinci oxydati }
Amyli } āā 20·0
Vaselini flavi ad 100·0
M. f. pasta.

S. Auf die affizierten Stellen wird messerrückendick diese Paste morgens und abends aufgetragen; nach einigen Tagen kommt es zur starken Aetzwirkung. Zur Beseitigung der reaktiven Entzündung werden eine Zeit lang Kompressen mit essigsaurer Tonlösung aufgelegt. So wird bis zur völligen Vernichtung der Lupusknötchen verfahren, worauf die Heilung ungehindert erfolgt. — („Therapia" Nr. 4, 1904; Russ. med. Rundschau Nr. 8, 1904.)

Tuberkulosebehandlung nach Landerer. F. Schrage wendet folgendes Rezept an:

Rp. Natr. cinnamylici (Hetol Kalle) 1·0 (3·0 oder 5·0)
Solut. natr. chlorat. ad 100·0
Solve, filtra exactiss. sterilis. da ad vitr. fusc. sign. zur intravenösen Injektion.

Prym spritzt täglich oder mit Aussetzen von 1—2 Tagen 1—4 mg Hetol ein, was sich in leichten Fällen bewährte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 44, 1904.)

6. Varia.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Urotropins und „Neu-Urotropins". Von Erich Bruck. (Aus der k. med. Universitäts-Poliklinik zu Breslau.)

Aus dem reichen Inhalt der fleißigen Arbeit sei hier nur das auf „Neu-Urotropin" bezügliche Hauptergebnisse hervorgehoben, daß es im bakteriologischen Versuch keine kräftigere Wirkung hat, als das Urotropin, daß es auch in Bezug auf die Abhängigkeit seiner Wirkung von der zu bekämpfenden Bakterienart und vom Eiweißgehalt des Harns sich dem Urotropin entsprechend verhält, schließlich, daß es, wie dieses, bei stark eitrigem Urin im bakteriologischen Experiment schwach wirkt. — (Inaug.-Diss., Breslau 1903.)

Ueber die physiologische Wirkung des Baldriansaftes auf Herz und Zirkulation berichteten in der Societé de Thérapeutique (21. Dezember 1904) Pouchet und Chevalier. Neuere physiologische Untersuchungen haben den Nachweis gebracht, daß der frische Baldriansaft eine sedative Wirkung auf Herz und Zirkulation ausübt; es tritt danach alsbald eine Verlangsamung der Herztätigkeit, eine Kräftigung derselben und eine Herabsetzung des Blutdruckes ein. Diese Erscheinungen sind zentralen Ursprungs; die Herabsetzung des Blutdruckes kommt zustande durch Herabsetzung des Tonus der Vasomotoren. Galenische Baldrianpräparate haben viel geringeren Wert.

Das wichtigste Resultat der **Untersuchungen über Aloe** von Dr. Eugen Seel in Stuttgart (Habilitationsschrift, Stuttgart 1903) ist die nahezu quantitative Ueberführung des Aloins mit der Caroschen Säure in Methyltetraoxyanthrachinon, wodurch der Beweis erbracht ist, daß das Aloin ein Abkömmling des Methylanthrachinon ist. — Da der Wert einer Aloesorte von ihrem Gehalte an Aloin und den amorphen wasserlöslichen Bestandteilen abhängig ist und dieselben durch Persulfat quantitativ in Puraloin übergeführt werden können, so ist diese Reaktion sehr geeignet, um in einfacher Weise rasch den Wert einer Aloesorte prüfen zu können.

Essig als Antidot bei Karbolsäurevergiftung. Von Dr. Selensky.

Ein Kind hatte aus Versehen einen Teelöffel reines Karbol per os genommen; Bewußtlosigkeit; weiße Verfärbung der Mundschleimhaut; nach zwei Glas Essig und Wasser āā ging die Verfärbung zurück; darauf Magenspülung mit gleicher Mischung. Temperatur bis 40°, Karbolharn, Schlaf mit Halluzinationen, am dritten Tag Heilung. Auch bei äußeren Karbolverletzungen ist Essig, aber unverdünnt, zu verwenden. — (Russ. med. Rundschau, 1904.)

Beiträge zur Kenntnis der Wirkung des Oleum Thujae aethereum. Von Fritz Jürß.

Pathologisch-anatomisch macht das Thujon bei verschiedenen Tierklassen unzweifelhaft Veränderungen. Das wichtigste Organ, das durch diese Veränderungen betroffen wird, ist die Leber, die in einer Weise verändert wird, die an Phosphorvergiftung erinnert. Diese Wirkung auf Blut- und Organzellen scheint zwar vielen ätherischen Oelen zuzukommen, ist aber ihrer Intensität nach offenbar bei vielen recht verschieden und im lebenden Organismus bei nur wenigen deutlich nachzuweisen. Weiter kommt aber bei der Thujonvergiftung noch eine zweite pathologisch-anatomische Veränderung der Leber vor, die sich auf die Gallengänge bezieht und zur Bildung von Gallengangszylindern führen kann, die den Nierenzylindern analog entstehen und ihnen ähnlich sehen. Eine dritte pathologisch-anato-

mische Veränderung der Leber hängt mit dem Zugrundegehen größerer Mengen von Blutkörperchen zusammen und besteht in Ablagerung eisenhaltiger Schlacken dieses Destruktionsprozesses. Die Nierenveränderungen sind, da das entzündungserregende Thujon, wenn auch in gepaarter Form, durch die Nieren ausgeschieden wird, leicht zu verstehen; sie können als Nephritis parenchymatosa bezeichnet werden. — Die dem Thujon in letzter Zeit von verschiedenen Autoren zugeschriebene Curarewirkung konnte vom Vf. niemals beobachtet werden. — Die tödliche Dosis des Thujons für Warmblüter ist größer als man bisher anzunehmen gewohnt war. — (Inaug.-Diss., Rostock 1903.)

Zur Wirkung sehr verdünnter Metalllösungen, besonders bei Pneumonie. Von Dr. Robin.

Subkutane Injektionen sehr verdünnter Lösungen von Gold, Silber, Platin, Palladium etc. führen zu einer Steigerung der Ausscheidung von Harnstoff, Harnsäure und Indoxyl. Vf. hat bei Pneumonikern 5—10 cm³ einer 0·2—0·9 mg Metall enthaltenden Lösung injiziert und in 6 von 10 Fällen damit Entfieberung vor dem neunten Krankheitstag erzielt. Wurde auch der örtliche Befund nicht beeinträchtigt, so schien doch durch die sehr verdünnten Metallösungen der Organismus günstig beeinflußt zu werden. — (Acad. de Med., Dez. 1904.)

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Etude hydrologique et clinique sur les eaux de Vichy. Vichy 1900. 93 S.

Die direkte Besichtigung der Speiseröhre. Oesophagoskopie. Ein Lehrbuch für den Praktiker. Von Prof. Dr. Hugo Starck, Heidelberg. A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch). Würzburg 1905. 219 Seiten. 3 farb. Tafeln. 20 Abb. Preis 7 Mk.

Bücher-Anzeigen.*)

Atlas und Grundriß der topographischen und angewandten Anatomie. Von Dr. med. Oskar Schultze, a. o. Professor der Anatomie in Würzburg. Mit 70 farbigen Tafeln nach Originalen von Maler A. Schmitson und Maler K. Hajek, sowie 23 Textabbildungen. München 1903. J. F. Lehmanns Verlag.

Die Lehmann'schen Atlanten erfreuen sich einer immer steigenden Beliebtheit; diese Steigerung verdanken sie nicht allein ihrer Preiswürdigkeit, sondern hauptsächlich dem Umstande, daß sie mit Zuhilfenahme aller technischen Errungenschaften des modernen Druckes hergestellt, tatsächlich alles Erreichbare bieten. Gilt dies von den Atlanten im allgemeinen, so von dem vorliegenden im besonderen, weil, wenn man so sagen darf, die topographische und angewandte Anatomie in Bezug auf die Darstellung von oft ganz subtilen Farbennuançen, wie sie andere Fächer unbedingt verlangen — denken wir nur an die Hautkrankheiten — viel unabhängiger und anspruchsloser ist und sein darf. Darum läßt sich von den farbigen Tafeln sowohl, als auch von den Textabbildungen das Beste sagen; sie veranschaulichen mit außerordentlicher Präzision die Organe oder Organteile, Durchschnitte etc., die sie darstellen sollen und sind so recht geeignet, sowohl den Studierenden, als auch den Arzt in kürzester Zeit auch in Bezug auf die kompliziertesten Verhältnisse rasch zu orientieren, ganz davon zu schweigen, daß sie auch in künstlerischer Hinsicht nichts zu wünschen übrig lassen.

Der die Bilder illustrierende Text aus der bewährten Feder O. Schultzes entspricht vollkommen den Intentionen, die sich der Autor im Vorwort stellt; er wünscht den jungen Studierenden dahin zu bringen, daß er anatomisch denken lerne, um es als Arzt zu lieben, so zu denken. In dieser Beziehung möchten wir insbesondere die Bedeutung der jedem Abschnitt beigefügten „Schlußfragen“ recht hervorheben. Sie erfüllen nicht nur den

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Zweck, dem Studierenden den Prüfstein abzugeben, ob er das Erläuterte auch aufgenommen, sondern bereiten ihn tatsächlich für den späteren Beruf in außerordentlich instruktiver Weise vor. Dabei sind sie geeignet, indem sie die Beziehungen der Anatomie zur praktischen Medizin sozusagen drastisch vor Augen führen, die Bedeutung und Erkenntnis der Wichtigkeit dieser grundlegenden Disziplin auch dem Neuling beizubringen. Wir sind sicher, daß dieser Atlas sich in Kürze zahlreiche Freunde erwerben wird. D.

Gonorrhöe und Ehe. Eine klinische und volkshygienische Studie. Von Dr. Ferdinand Kornfeld. Wien und Leipzig 1904. Franz Deuticke. 196 Seiten.

In dieser mit großer Sachkenntnis geschriebenen und auf reiche eigene Erfahrung gegründeten Studie behandelt Vf. mit außerordentlicher Gründlichkeit und mit wissenschaftlichem Ernste eines der allerwichtigsten Kapitel der sozialen Medizin, dessen enorme und tiefeinschneidende Bedeutung von den Laien noch immer verkannt und auch von den Aerzten zum großen Teile nicht genügend gewürdigt wird. Die ganze Gonorrhöefrage wird in dem acht Kapitel umfassenden Buche vom Standpunkte des kritischen Fachmannes beleuchtet und in diesen jedes Detail, welches für die bedeutsame Frage des Ehekonsenses nach gonorrhoischen Erkrankungen in Betracht kommt, sorgfältig erörtert. Eine besonders ausführliche Bearbeitung hat das Kapitel: „Wann darf ein tripperkrank gewesener Mann heiraten?“ weiterhin jenes über die Gonorrhöe beim Weibe gefunden. Interessant sind ferner des Autors statistische Daten über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und die kritischen Betrachtungen über den Wert der Reglementierung der Prostitution, wobei Neissers Reformvorschläge mit kräftigen, sachlichen Motiven zurückgewiesen werden. Die Hauptvorzüge des inhaltsreichen und gewissenhaft gearbeiteten Buches bilden die Vollständigkeit, mit der alle in Betracht kommenden Einzelfragen gewürdigt werden, die gründliche Verwertung der ganzen großen Literatur des Gegenstandes und die rühmenswerte stilistische Gewandtheit der Darstellung. Nicht nur für Fachärzte, Urologen und Gynäkologen, sondern für alle Praktiker, denen eine gründliche Kenntnis der Beziehungen der Gonorrhöe zur Ehe zur Pflicht wird, bildet das Kornfeld'sche Buch einen zuverlässigen Ratgeber, welchem sicherlich ein guter Platz in der Literatur und die verdiente Anerkennung der Aerzte zuteil werden wird. S.

Aerztliches Jahrbuch 1905. Herausgegeben von Dr. med. von Grolman. Frankfurt a. M. Verlag von Johannes Alt. VII und 315 Seiten. Preis 2 Mark.

Das in seinem VI. Jahgang erschienene „Aerztliche Jahrbuch“ enthält in der Form des Taschenkalenders nach Art des „Börner“ ein gutes, „Charakterisierendes Verzeichnis der wichtigsten neueren und neuesten Heilmittel von der Salizylsäure bis zur Gegenwart“ auf 141 Seiten, das sicher einem dringenden Bedürfnis entspricht. Dann folgt eine Uebersicht der wichtigsten Nährpräparate. Weiterhin finden sich „Mitteilungen aus der Literatur des Jahres 1903/04“, Artikel von Gräupner in Nauheim über „Die Funktionsprüfung des Herzmuskels mittels meßbarer Arbeit und deren Bedeutung für die klinische Beurteilung der Herzkrankheiten“, über „Die spezifische Behandlung des Heufiebers“ von Lübbert in Hamburg, über „Die Beurteilung der Nebennierenpräparate für Lokalanästhesie und Rückenmarkanästhesie“ von Honigmann in Breslau, ein „Therapeutisches Register“, „Medizinische Bäder“, „Maximaldosen“, Verzeichnisse der Kurorte, Heilanstalten etc. Zahlreiche Druckfehler, die bei der Korrektur nicht hätten übersehen werden dürfen, sind zu rügen. Statt Conveuse liest man z. B. auf S. 168 Convense, auf S. 171, Z. 18 von unten statt „zyklische Albuminurie“ „zystische Albuminurie,“ S. 172, Z. 17 von oben anstatt „Gersauer“ „Gersaner, auf derselben S., Z. 22 anstatt „Clavicula und Supraclaviculargruben“ „Clavigula und Supraclavigulargruben.“ Dies sind nur Stichproben. Ferner bestehen in den Heilanstaltsverzeichnissen manche Unrichtigkeiten, die bei genauerer Arbeit zu vermeiden gewesen wären; so ist z. B. ein Arzt, der seit drei Jahren a. o. Professor ist, noch immer als Privatdozent angeführt.

Klar, Heidelberg.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Erfahrungen über die sogenannte Radikaloperation bei der chronischen eiterigen Otitis.

Von **Karl Dahlgren** in Upsala.*)

Vor zehn Jahren publizierte ich die Abhandlung „Ueber die chirurgische Behandlung der Otitis media und deren Komplikationen“ und nachher habe ich mich aus den einzelnen Mitteilungen und offiziellen Berichten überzeugt, daß mehrere unserer Ohrenärzte des chirurgischen Eingriffes sich bedienen, nicht nur gegen die Komplikationen der chronischen Mittelohreiterung allein, sondern auch gegen die Grundkrankheit selbst. Die günstigen Erfahrungen, welche ich im Laufe der Jahre über den Erfolg der sogenannten Radikaloperation dieses Leidens gesammelt habe, haben mich jedoch auch zu dem Schlusse geführt, daß dieselbe eine viel ausgebreitetere Anwendung verdient, als dies bisher, wenigstens in unserem Lande, der Fall war. Allzuviele Personen mit Ohrenfluß gehen ohne rationelle Hilfe umher und der Grund hiervon liegt teils in dem Umstande, daß auch in ärztlichen Kreisen die Gefahren, welche das Leiden auch in vitaler Hinsicht mitführt, unterschätzt werden, teils in der mangelnden Kenntnis der uns zur Verfügung stehenden Hilfsmittel. Gar nicht selten geschieht es, daß Patienten mit chronischem Ohrfluß, welche einen nicht spezialistische Praxis betreibenden Arzt um Rat fragen, die Antwort zuteil wird, sie mögen das Ohr so und so oftmal mit Borsäurelösung ausspülen. Eine solche Antwort war zeitgemäß, als die Möglichkeiten, gegen die Otitis wirksam einzugreifen, uns fehlten; heute muß sie als zumindest unbedacht angesehen werden, insbesondere dann, wenn dieselbe gegeben wird, ohne daß das kranke Organ einer genauen Untersuchung unterzogen wurde. Der Hilfesuchende, welcher stets auf jede Aeußerung des Arztes genau aufpaßt, die als Bagatellisierung des Leidens gedeutet werden kann, ist davon überzeugt, daß dasselbe ganz und gar ungefährlich sei, und daß die Spülungen allein genügen, um dasselbe zu beheben; viele Patienten versäumen es aus diesem Grunde, sachverständige Hilfe aufzusuchen, bis das Leiden durch diese oder jene Komplikation einen andern, oft gefährlichen Charakter angenommen hat.

Die chronische eitrige Otitis kann in gewisser Hinsicht mit einem Darmbruch verglichen werden. Eine Person kann jahrelang ohne Störung mit einem beweglichen Bruch sich erhalten, bis eines Tages aus einer unbedeutenden, vielleicht nicht einmal nachweisbaren Ursache die Einklemmung sich einstellt und die Operation aus vitalen Gründen vorgenommen werden muß. Ebenso steht es mit der Otitis. Nach Jahrzehnten kann sie ganz plötzlich und oft ohne bekannte Veranlassung Komplikationen hervorrufen, welche in hohem Grade das Leben bedrohen. Die Gefahr in dieser Hinsicht ist bei der Otitis nur umso größer, als ein intrakranielles Leiden minder leicht rechtzeitig zu diagnostizieren ist, als eine Brucheinklemmung und der Patient sich gegen die letztere leichter schützen kann. Auch das ständige Unbehagen, welches die Otitis ihrem Träger verursacht, die ständige Sekretion aus dem Ohre, verbunden oft mit einem, auch von der Umgebung peinlich empfundenen widrigen Geruch, geben oft

*) Die deutsche Uebertragung des schwedischen Originals wurde von unserem Mitarbeiter Herrn Dr. Leo Klemperer in Karlsbad besorgt.

Veranlassung zu so mannigfachen nervösen Beschwerden, die umso heftiger werden, als auch die durch die oft auftretende Sekretretention verursachten subjektiven Empfindungen in dem kranken Ohre, und das Bewußtsein, daß die Eitersekretion aus tief im Schläfenbein liegenden, nur durch eine dünne Knochenlamelle von den Gehirnhäuten geschiedenen Höhlen herrührt, dieselben noch wesentlich steigern.

Ich schätze die Gefahren und Beschwerden einer chronischen unkomplizierten eitrigen Otitis ebenso hoch, als die eines gewöhnlichen, beweglichen Bruches und sehe deshalb eine radikale Hilfe gegen dieselben als ebenso notwendig an, als dies bei einer Hernie der Fall ist. Die faktischen Verhältnisse in dieser Hinsicht stellen sich jedoch gegenwärtig ganz verschieden bei diesen beiden Zuständen. Während nämlich die meisten Aerzte, Chirurgen, sowie Internisten die Radikaloperation eines jeden Bruches als indiziert ansehen, wenn keine allgemeine Kontraindikation, wie hohes Alter oder ähnliches, vorliegt, erhält ein Patient mit einer Otitis, wenn er einen Nichtspezialisten konsultiert, zumeist den erwähnten Rat, er möge Spülungen anwenden, und es liegt daher die Frage auf der Hand; ob sich sachliche Gründe dafür finden lassen, daß bei der eitrigen Otitis die Radikaloperation verhältnismäßig selten zur Anwendung gelangt, ob sie mit einem besonderen Risiko verbunden ist, oder ob die Schlußresultate minder zufriedenstellend sind? Diese Fragen können meiner Ansicht nach mit einem unbedingten Nein beantwortet werden.

Wenn auch den konstitutionellen Krankheiten (Anämie, Diabetes, Tuberkulose u. a.) der Stärke der Virulenz und Reinfektionen ein absehbarer Einfluß beim Uebergange einer akuten eitrigen Entzündung in die chronische Form zugeschrieben werden muß, so spielen ohne Zweifel die ungünstigen Abflußverhältnisse in dieser Hinsicht die größte Rolle. Die Trommelhöhle und deren Nebenhöhlen bilden nämlich ein System von Höhlungen, von denen außer dem Antrum mastoideum nur eine geringe Anzahl kleinerer Zellen direkt in die Trommelhöhle einmünden, während die größeren, zumeist kolbenförmigen, mehr entfernt in der Pars mastoidea gelegenen Räume durch enge Oeffnungen mit dem Antrum entweder direkt oder indirekt mittels anderer Zellräume in Verbindung stehen. Aber nicht bloß aus diesen Nebenräumen ist der Ablauf ungünstig, auch in der Trommelhöhle selbst entsteht, auf Grund deren kompliziertere Bauart nicht selten Sekretretention. Der obere Teil derselben (Atticus), der zum Teil oberhalb des Gehörganges sich befindet und dessen Außenwand hauptsächlich vom Knochen gebildet ist, wird durch die Gehörknochen, Schleimhautfalten u. a. in ein Taschensystem aufgeteilt, welches zeitweise nur unvollständig mit den übrigen Teilen der Trommelhöhle kommuniziert. Das Sekret des Attikus, besonders dessen laterale Partie, kann deshalb nicht immer genügend durch eine Perforation der Pars tensa des Trommesfelles sich entleeren. Außer den katarrhalischen Veränderungen spielen bei der chronischen eitrigen Otitis auch pathologische Prozesse am Knochen, teils destruierender, teils sklerosierender Art, eine wichtige Rolle. Die ersteren manifestieren sich bald als Karies, bald als Nekrose. Die Nekrose, welche besonders bei der Skarlatina vorkommt, kann bedeutende Dimensionen annehmen, so daß z. B. die ganze Pars petrosa abgestoßen wird. Durch die sogenannte kondensierende Osteitis werden die Hohlräume verkleinert, und oft auch verdichtet — die Lufträume sowohl, als die diploetischen Zellen gewöhnlich mit Ausnahme des Antrum — so daß der Knochen in der Pars mastoidea hart und kompakt, gelbweiß gefärbt erscheint.

Andere, bei der chronischen eitrigen Otitis nicht ungewöhnliche Veränderungen sind Polyp- und Cholesteatombildungen. Die Polypen, in der Regel Granulationsgeschwülste, haben ihre eigentliche

Bedeutung als die gewöhnliche Ursache der Retention. Die Cholesteatombildung ist ein pathologischer Prozeß, dessen Natur noch streitig ist, aber dessen Schlußresultat die Entstehung von Auflagerungen bildet, deren Hauptbestandteil Epidermiszellen bilden. Auch diese bilden nicht selten Hindernisse für den Sekretabfluß.

Auf verschiedene Art und Weise kann nun die Infektion in das Innere des Schädelraumes sich fortpflanzen. In der Regel geschieht dies durch die Ausbreitung der pathologischen Prozesse im Knochen, zeitweise jedoch auf anderen Wegen: durch Dehiszenzen in demselben, durch das Labyrinth nach Zerstörung einer Fenstermembran u. s. w. Es ist bekannt, daß die Ohreneiterungen, welche bei allgemeinen Infektionskrankheiten (Skarlatina, Diphtherie u. a.), bei Tuberkulose und Diabetes entstanden sind, am häufigsten schwere Komplikationen verursachen, daß die intrakraniellen Komplikationen öfters bei einer chronischen, als einer akuten Otitis vorkommen, und daß akute Exazerbationen einer chronischen Otitis in dieser Hinsicht am meisten zu fürchten sind.

Wenn demnach die Zerstörung des Knochens in der Umgebung des Ohres im allgemeinen als bedenklich angesehen werden muß, so kann sie wiederum anderseits unter günstigen Verhältnissen zur Genesung wesentliche Hilfe leisten, wenn sie nämlich die Richtung nach außen nimmt und als Resultat Fisteln hinterläßt, durch welche Eiter und Cholesteatomansammlungen, nebst Knochengries und Sequestern abgehen können. Auf solche Weise können schwere Exazerbationszustände bei der eitrigen Otitis verhindert werden, ja es kann hie und da sogar definitive Heilung eintreten. Der durch einen solch glücklichen Verlauf gegebene Hinweis auf die Möglichkeit eines chirurgischen Eingriffes hatte wohl Veranlassung zu vereinzelten Versuchen in dieser Richtung schon seit dem Schluß des 18. Jahrhunderts gegeben, aber die sichere anatomische Unterlage für die Trepanation des Schläfebeines wurde erst durch die im Jahre 1873 erschienene Arbeit von Schwartze und Eysel: „Ueber die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes" gegeben.

Später schlug Schwartze für einen Teil der chronischen eitrigen Otitiden mit hauptsächlicher Lokalisation im oberen Teile der Trommelhöhle (Atticus) ein Verfahren vor, welches in der Exzision des Trommelfelles und Entfernung des Hammers und Ambos durch den Gehörgang besteht. Diese Maßnahme fand jedoch Stacke nur ausnahmsweise zufriedenstellend, weil die Wände des Attikus bei der Karies der Gehörknöchelchen nur selten intakt sind, und er empfahl deshalb, den Attikus durch Abmeißelung dessen äußerer Wand, d. h. des Daches des inneren Teiles des Gehörganges, zugänglich zu machen.

Eine Kombination der letzteren Operation und der Schwartze'schen Trepanation, nebst Abmeißelung der hinteren Gehörgangswand bildet, was den Eingriff am Knochen betrifft, die sogenannte Radikaloperation. Wiewohl andere Operateure, Küster und v. Bergmann, gleiche Eingriffe schon früher ausgeführt haben, scheint doch Stacke sich um die Ausbildung der Operation, speziell betreffend die Behandlung der weichen Gehörswände, sich besondere Verdienste erworben zu haben, daß die speziell hier in Schweden angewendete Bezeichnung der Stacke'schen Operation wohl motiviert erscheint.

Diese „Stacke'sche Operation" hat den Zweck, die Gehörknöchelchen (Hammer und Ambos) oder deren Reste zu entfernen und die Höhlungen des Mittelohres (Trommelhöhle, Antrum mastoideum und Cellulae) auf die Weise zu öffnen, daß ein einziger, in allen Teilen zugänglicher Hohlraum gebildet wird, fer-

ner aus dem Knochen alle kranken Partien zu entfernen und durch Plastik des weichen Gehörganges und eine zweckentsprechende Nachbehandlung die Wände des ganzen neugebildeten Hohlraumes mit Epidermis zu decken.

Die Art und Weise, wie das gewünschte Resultat meiner Ansicht nach am ehesten erreicht wird, ist kurz folgende.

Durch einen bogenförmigen Schnitt ein wenig hinter der Befestigung der Ohrmuschel werden die Weichteile bis auf den Knochen gespalten. Der obere horizontale Teil des Schnittes braucht vorwärts nicht länger zu reichen, als bis zu einem Punkte senkrecht über dem Gehörgang. Durch Zug am äußeren Ohre mittels eines Wundhakens nach vorne wird der Porus acust. externus leicht zugänglich gemacht. Nach unten muß der Schnitt bis ein Stück unterhalb der Spitze des Proc. mastoideus reichen. Von dem Schnitte aus wird das Periost teils gegen den Porus acust. externus abgelöst, so daß dessen halber Umkreis, der hintere obere, ebenso wie der Ansatz des Proc. zygomaticus freigelegt wird; teils nach rückwärts über der ganzen Pars mastoidea. Ueber dem Proc. mastoideus muß hiezu das Messer gebraucht werden. Nach genauer Blutstillung werden nun mit einem schmalen Raspatorium die hintere und obere Wand des weichen Gehörganges vom Knochen bis zur Trommelhöhle losgelöst.

Die Aufmeißelung der Pars mastoidea soll in der Weise geschehen, daß ein kegelförmiger Defekt im Knochen entstehen möge, deren Spitze man sich in das Antrum mastoideum gelegen denkt; die Basis des Kegels soll so weit sein, als es der Raum, d. h. der Abstand des Gehörganges von der Fossa cranii med. und post. gestattet. Die Arbeit in der Tiefe wird nämlich im hohen Grade durch einen genügenden Raum erleichtert und eine während der Aufmeißelung entstehende Oeffnung der Schädelwand führt keine Ungelegenheit mit sich; sie kann im Gegenteil als guter Orientierungspunkt bei der Fortsetzung der Operation dienen. Eine Verletzung der Dura ist insoferne nicht zu befürchten, als der Meißel richtig geführt wird, d. h. so weit als möglich parallel mit der Knochenoberfläche, auf welcher man arbeitet. Für die äußeren Partien benütze ich einen ziemlich großen Gouchemeißel — knapp $1^1/_2$ cm breit — mit einem etwas abgerundeten Rande. Dieser wird oberhalb des Gehörganges an der Wurzel des Proc. zygomaticus angebracht und außerhalb des hinteren Umkreises des Porus acust. externus nach unten auf den vorderen Rand des Proc. mastoideus geführt. Die ganze Außenwand der Pars mastoidea wird dann in Form konzentrischer Lamellen entfernt, so daß die oberflächlichen Zellen, wenn sie nicht durch Knochenneubildung ausgefüllt sind, zutage treten. Unter Leitung derselben kann man ohne Schwierigkeit die Meißelung bis in das Antrum fortsetzen, wobei kleinere Gouchemeißel, welche in der Richtung des Radius gegen den Mittelpunkt der Basis des genannten Kegels geführt werden, zur Anwendung gelangen. Die Meißelungen werden so weit gegen die Peripherie fortgesetzt, daß so weit als möglich alle Lufträume geöffnet werden und ein genügender Raum für die vollständige Beendigung der Operation gewonnen wird. Eine winkelig abgebogene Sonde kann nun mit Leichtigkeit vom Antrum aus gegen den Aditus in die Trommelhöhle und auch in der verkehrten Richtung von derselben aus eingeführt werden. Unter der Führung der in letzterer Richtung liegenden Sonde wird der Rest des hinteren Gehörganges bis zum Aditus abgemeißelt. Es verbleibt noch die Entfernung der äußeren Knochenwand des Attikus, welche am leichtesten mit einem kleinen, ein wenig nach hinten gebogenen Gouchemeißel und unter Führung der nach oben gerichteten Sonde geschieht. Hierbei ist jedoch die größte Genauigkeit vonnöten; die kleinste übrig bleibende Kante kann, wie ich gesehen habe, die Heilung verhindern. Diese kleine Maßnahme, welche für die Erlangung eines günstigen Resultates sehr wichtig ist, wird im wesentlichen erleichtert, wenn man den Gehörgang vorerst trichterförmig dadurch erweitert hat, daß man einen Teil der an

der Wurzel des Proc. zygomaticus liegenden, sehr dicken Decke abgemeißelt hat. Der Hammer und Ambos werden mit der Pinzette oder, falls sie in Granulationen eingebettet sind, mit dem scharfen Löffel entfernt.

Hochgradige Sklerose mit kompakten gelbweißen Knochen sowie weit vorgeschobene Lage der Fossa cran. post. (Sinus transversus) und nach unten verlegte Lage der Fossa cran. media erschweren die Operation und stellen große Ansprüche an die anatomischen Kenntnisse des Operateurs. Bei der Sklerose bietet nicht bloß die Härte des Knochens, sondern auch der oft bedeutende Abstand von der Oberfläche zum Antrum große Schwierigkeiten; der Gehörgang allein gibt den hauptsächlichsten Orientierungspunkt. Das Antrum liegt gleich hinter und etwas oberhalb desselben. Bei dem sogenannten gefährlichen Schläfenbein, wo der Sinus transversus so weit nach vorne lateral vom Antrum vorgeschoben liegt, daß er fast den Gehörgang erreicht, ist man gezwungen, die von Wolff und Stacke ursprünglich für alle Fälle vorgeschlagene Methode anzuwenden, das Antrum vom Gehörgange aus zu öffnen. Der enge Operationsraum ist hierbei erschwerend.

Sind die anatomischen Verhältnisse nicht kompliziert, werden durch das oben geschilderte Verfahren alle Teile der Mittelohr-Hohlräume so frei für die direkte Inspektion zugänglich, daß pathologische Produkte ohne Schwierigkeit genau entfernt werden können. Cholesteatommassen und Granulationen werden mit scharfem Löffel herausgeschafft, kariöse Herde entfernt. Kleinere Oeffnungen der Schädelhöhle können, wie bereits bemerkt, als ungefährlich betrachtet werden. Von großer Bedeutung sind dagegen Läsionen des Labyrinths, welche Taubheit, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen herbeiführen und die Verbreitung einer Eiterung gegen die Meningen vermitteln können, sowie Verletzungen des Nervus facialis. Der Canalis facialis liegt in seinem oberen Verlauf durch das Schläfebein medial von der Trommelhöhle und dem Aditus. Durch die vorsichtige Beachtung der medialen Wandungen der Trommelhöhle, des Aditus und Antrums wird demnach mit Sicherheit dieser Teil der Nerven, sowie das Labyrinth verschont. Man muß deshalb auch in der Tiefe unter genauer Kontrolle des Gesichtes arbeiten, kleine abgemessene Schläge mit dem Hammer machen, genau zusehen, daß der Meißel nicht gleitet und fleißig mit der gebogenen Sonde nachfühlen, welche für diesen Zweck gewiß dem ziemlich klumpigen Instrumente, welches als „Stackescher Schützer" bezeichnet wird, vorzuziehen ist.

Unterhalb des Aditus liegt der Fazialiskanal, näher zur Oberfläche, medial von der Wand zwischen dem Gehörgang und den Lufträumen in der Pars mastoidea. Von dieser Wand muß daher unten ein abgerundeter Wall, der sogenannte Fazialiswulst, übrig gelassen werden.

Eine Vorsichtsmaßregel, welche nicht versäumt werden darf, besteht darin, daß bei der Arbeit in der Nähe des Fazialis eine Person das Antlitz des Patienten genau beobachtet: eine isolierte Zuckung in der betreffenden Gesichtshälfte enthält eine ernstliche Warnung.

Eine vollständige Abschneidung des Nerven führt natürlich eine sofort eintretende Paralyse herbei, welche ständig werden kann. Ein solches Unglück darf jedoch einem mit den anatomischen Verhältnissen vollständig vertrauten Operateur nicht passieren. Paresen, welche allmählich nach der Operation eintreten, können aus leichteren Beschädigungen des Nerven oder Blutungen in dessen Kanal erklärt werden und sind bald vorübergehend.

Eines muß ich noch bezüglich der Aufmeißelung hervorheben. Die Wandungen des Knochendefekts müssen so glatt als möglich sein. Bei der Entfernung der Krankheitsherde etwa ent-

stehende Gruben und Kanten müssen genau geglättet werden, da ein Versäumnis in dieser Richtung die Heilung wesentlich zu verzögern, wenn nicht gar zu verhindern imstande ist.

Wir kommen jetzt zu den Maßnahmen, deren Zweck es ist, die Wände der Höhle mit deckender Epidermis zu versehen. Die ursprüngliche Stacke'sche Methode, hierzu einfach die Haut des Gehörganges zu verwenden, erscheint mir noch immer als die einfachste und beste. Zwischen den Branchen einer in den Gehörgang eingeführten Pinzette wird dessen hintere Wand bis zur Ohrmuschel gespalten; von diesem Punkte aus macht man mit der Schere zwei kaum 1 cm lange Einschnitte, senkrecht zu dem vorher geschilderten Schnitte, den einen nach auf-, den zweiten nach abwärts. Die so gebildeten Zipfel werden mit Katgutnähten im oberen und unteren Wundwinkel fixiert. Die übrigen Teile des Gehörganges werden mittels Jodoformgaze leicht gegen die Wände der Höhle gedrückt, welche teils vom äußeren Gehörgange aus, teils von der Wunde aus eingeführt wird; letztere wird noch durch zwei auch das Periost fassende Nähte verkleinert.

Eine notwendige Voraussetzung dafür, daß alle vom Gehörgange gebildeten Lappen auf dem Knochen festhaften, ist natürlich die, daß derselbe gesund sei. Sollte man irgendwie im Zweifel sein, ob alles Krankhafte in dem Dache der Höhle auch entfernt wurde, dann muß man natürlicherweise den Gehörgang entsprechend dem ersten Vorschlage von Stacke nach oben, statt nach rückwärts spalten, wodurch durch einen längeren Winkelschnitt nach rückwärts ein größerer Lappen zustande kommt, der zur Bedeckung der unteren Wand der Höhlung verwendet wird. Ein anderesmal kann wiederum die Spaltung des Gehörganges mit Vorteil auf dessen untere Wand verlegt werden. Bleiben nennenswerte Reste des Trommelfelles zurück, tut man gut daran, dieselben zu entfernen, da sie Unannehmlichkeiten bei der Nachbehandlung verursachen können.

Behufs Erreichung einer rascheren Heilung wurden vorgeschlagen und es wurden auch angewendet Transplantationen teils mittels Thiersch'scher, teils mittels gestielter Lappen aus der Umgebung. Keines von diesen Verfahren sehe ich für notwendig an, da ja die Epidermisierung bei einer verständigen Nachbehandlung so rasch vor sich geht, daß auch im Falle, wo die Transplantationen auf das Beste gelungen sind, ein besonderer Zeitgewinn bei der Totalheilung nicht zu erreichen ist. Dies Verhalten ist besonders hervortretend, wenn man, wie ich, die vollständige Verschließung der Wunde hinter dem Ohr stets bezweckt, und man in diesem Falle fast immer gezwungen ist, durch Nachoperationen die Wunden zu schließen, welche immer nach Anwendung der Stiellappen und selbst nach Thiersch'scher Plastik entstehen. Die mehr oder minder entstellenden Narben, welche die Lappenbildung immer herbeiführt, kommen übrigens auch hier in Betracht. Nur in dem Falle, als aus irgend einer Veranlassung eine vollständige Heilung nicht eintritt und in schwierigen Fällen mit Cholesteatom, scheinen mir Transplantationen nach dieser oder jener Methode notwendig.

Eine sorgsame, sachkundige Nachbehandlung ist für die Erreichung eines guten Resultats ebenso wichtig, als die korrekte Durchführung der Operation selbst. Da jedoch für die richtige Handhabung derselben die genaue Kenntnis des Operationsbefundes notwendig ist, ist es wünschenswert, daß der Operateur selbst die Nachbehandlung leitet oder zumindest überwacht, insbesondere als ja das größte Interesse für den speziellen Fall gerade bei dem zu suchen ist, der die Operation vollzogen hat.

Das Hauptgewicht muß hierbei darauf gelegt werden, daß die Granulationsbildung so geregelt werde, daß die Epidermisierung der Höhlenwandungen von den aus dem Gehörgange gebildeten Lappen rasch und sicher vor sich gehen soll. Schwache Granulationsbildungen werden durch leichte Reizmittel, wie Jodoform, befördert, bei allzu starken

müssen Kauterisationen vorgenommen werden. Hierzu eignet sich meiner Ansicht nach die Chromsäure am besten; Lapis ist minder empfehlenswert. Eine sehr günstige Einwirkung auf die Granulationsbildung scheint das Xeroform zu besitzen. Ich habe Fälle gesehen, wo die Heilung bei Anwendung von Xeroform außerordentlich rasch vor sich gegangen ist.

Ich spüle nie während der Operation, weil ich glaube, gefunden zu haben, daß die Lappen minder sicher festhaften, wenn die Gewebe mit Flüssigkeit durchtränkt sind. Die erste Tamponade lege ich ziemlich dick, genau zusehend, daß Trommelhöhle und Aditus ausgefüllt werden. Der erste Verbandwechsel geschieht nach einer Woche, zu welcher Zeit der gespaltene Gehörgang sicher an der Unterlage festgelötet ist und die übrigen Teile der Höhlenwandungen in beginnender Granulationsbildung sich befinden. Bleibt der Patient zum zweiten Verbandwechsel — zwei bis drei Tage später — noch im Krankenhaus, verwende ich nochmals Jodoform, sonst Xeroform. Die Tamponade wird nunmehr minder hart und immer lockerer aufgelegt. Auch bei dem Verbandwechsel, welcher je nach der Stärke der Sekretion jeden zweiten oder dritten Tag, zuweilen täglich vorgenommen wird, spüle ich nicht, sondern die Reinigung geschieht mittels Abtrocknung mit kleinen Wattebäuschchen, welche alle Feuchtigkeit aufsaugen. Dadurch und durch fleißigen Verbandwechsel wird die Mazeration der neugebildeten Haut verhütet. Sobald die Granulationen die Tendenz zeigen, sich über die Epidermisränder zu erheben, werden sie kauterisiert. Für die wirksame Kontrolle des Heilungsprozesses ist eine gute Beleuchtung unbedingt notwendig. Der Verbandwechsel soll deshalb stets bei artifizieller Beleuchtung mittels Stirnspiegel, die erste Zeit durch die Oeffnung hinter dem Ohre, hernach durch den Gehörgang vorgenommen werden.

Die Versuche, die Wunde hinter dem Ohre primär zu schließen, scheinen nicht gelungen zu sein. Ich habe dieselben nie angestellt. Meiner Ansicht nach tut man gut daran, im Gegenteile die Oeffnung während der nächsten Zeit nach der Operation ziemlich weit zu halten, d. h. so lange die Sekretion nennenswert ist. Sobald der größte Teil der Höhle mit Epidermis bedeckt ist, wird die Tamponade rasch vermindert, um bald ganz und gar entfernt zu werden. Schiebt man dies zu lange auf, kann eine permanente Fistel entstehen, indem die neugebildete Epidermis innerhalb der Höhle an die äußere Haut herankommt. Nachdem die Oeffnung hinter dem Ohre geschlossen ist, muß die innere Wundfläche ganz und gar vom Gehörgange aus behandelt werden und es heilt gewöhnlich zuletzt diejenige Stelle, welche der äußeren Wunde entspricht. Dieselbe wird wohl mit einigen Schwierigkeiten dadurch erreicht, daß man das Spekulum stark nach rückwärts richtet. Hier sind öfters einige Kauterisationen behufs definitiver Heilung vonnöten.

Einzelne Operateure legen regelmäßig eine permanente Fistel hinter dem Ohre an. Ich finde für dieses Verfahren bei unkomplizierten Fällen keine Veranlassung. Die Fisteln haben keinen Nutzen und sind aus kosmetischen Gründen zu vermeiden, denn das abstehende Ohr mit einem mehr oder minder klaffenden Loch hinter demselben sind gewiß keine besondere Zierde. Anders ist das Verhalten in komplizierten Fällen, z. B. bei Cholesteatom, wo die vollständige Entfernung alles Krankhaften große Schwierigkeiten darbietet. Hier ist, entsprechend der Meinung der meisten Autoren, eine permanente Fistel nicht bloß nützlich, sondern ganz und gar notwendig. Durch kleinere plastische Maßnahmen kann dieses Resultat am sichersten erreicht werden. Um die Fistel auch in solchen Fällen zu vermeiden und doch einen besseren Einblick in die Höhle zu gewinnen, als dies durch die normale Gehörgangsöffnung möglich ist, hat man vorgeschlagen, diese durch eine entsprechende Plastik zu erweitern. Doch hat diese Methode keinen Anklang gefunden, da ein weit klaffender Gehörgang kosmetisch noch ungünstiger wirkt als eine Fistel

hinter dem Ohre, welche zum Teile durch das äußere Ohr gedeckt wird.

Es ist mir nicht möglich, eine detaillierte Statistik meiner Operationsresultate vorzulegen; ich finde es auch nicht im Rahmen dieses Aufsatzes für notwendig; aber trotzdem ich keine speziellen Nachforschungen über das weitere Schicksal meiner Operierten angestellt habe, war ich doch in der Lage, so viele wiederzusehen, daß ich meine Resultate wirklich als sehr gute bezeichnen muß. Von den unkomplizierten Fällen, bei denen eine intrakranielle Erkrankung noch nicht vorhanden war, hatte ich keinen Todesfall, selbst keine Fazialisparalyse zu verzeichnen. Ein paarmal ist kurz nach der Operation eine leichte Parese aufgetreten, welche auf Blutungen innerhalb des Nerven zurückgeführt wurde und rasch vorüberging. Mehreremale wurde der Fazialis von der Trommelhöhle aus zugänglich und ein vorsichtiges Schaben mit dem Löffel oder Abtrocknen mit einer Kompresse rief Zuckungen in den Gesichtsmuskeln hervor. In einem Falle zeigte sich der Knochen unterhalb des Aditus bis in den Fazialiskanal kariesiert; der Herd wurde vorsichtig ausgekratzt und es trat volle Heilung ein.

Grunert unterscheidet rücksichtlich des Schlußresultates drei verschiedene Heilungsformen. Bei der meist idealen Form ist die ganze Höhle mit Epidermis gedeckt, auch der der Trommelhöhle entsprechende Teil und der Eingang zur Tube ist geschlossen. Die zweite Form zeichnet sich dadurch aus, daß die Schleimhautauskleidung der medialen Wand der Trommelhöhle noch vorhanden ist und daß eine Bindegewebsmembran — eine Art neugebildeten Trommelfelles — sich gebildet hat, welche die Trommelhöhle von der Mastoidalpartie des großen Hohlraumes abschließt. Die dritte Form unterscheidet sich von dieser dadurch, daß die letztgenannte Membran ganz oder teilweise vermißt wird.

Ein zurückbleibender Schleimhautrest führt natürlicherweise die Unannehmlichkeit mit sich, daß derselbe Feuchtigkeit absondern kann, deren Menge bei katarrhalischen Veränderungen vermehrt wird. Offene Passage gegen die Tuba birgt wiederum die Gefahr in sich, daß von derselben aus eine erneuerte Infektion bei katarrhalischen Zuständen des Rachens und Gaumens sich einstellen kann. Von größerer Bedeutung ist diese Gefahr bei den eben beschriebenen Neubildungen der Trommelhöhle. Ich hatte Gelegenheit, dies einmal bei einem Fall, wo eben dieses Schlußresultat erzielt wurde, zu beobachten. Nach ungefähr einem Jahre, während welchem der Patient vollständig hergestellt war, kam es wiederum zu Unbehagen im Ohre mit Ohrenfluß, welches ich trotz langdauernder Behandlung unter anderem durch Debridement der perforierten Membran, Auskratzungen und Kauterisationen des an der Tubarmündung liegenden Herdes nicht beheben konnte. Erst nach neuerlicher gründlicher Operation, wobei die Schleimhaut vollständig entfernt wurde, kam es zur definitiven Heilung mit vollständiger Epidermisierung der Höhle.

Außer diesem behobenen Rezidive verzeichne ich noch zwei Mißerfolge leichterer Natur. In einem Fall entstand unter der neugebildeten Epidermis eine kleine Tasche, welche ich durch kleinere Eingriffe nicht wieder auszufüllen imstande war. Hierin sammelte sich von Zeit zu Zeit eine grieselige Masse (Cholesteatom?) in geringer Menge. Der Patient lebte noch $1^1/_2$—2 Jahre nach der Operation und stellte sich während dieser Zeit einigemal bei mir vor, um sich das Ohr reinigen zu lassen. Er sagte, er habe keinerlei Beschwerde seitens des Ohres und wollte von einer erneuerten Operation nichts wissen. Er beging aus mir unbekannten Ursachen einen Selbstmord.

Ein anderer Patient, der vor vier Jahren operiert wurde, kam dieser Tage wieder; sein Mittelohr war zeitweise feucht, und erst vor kurzem wurde von einem Arzte eine Serumansammlung entfernt. Hernach ist eine Sekretion entstanden und der Patient fühlte sich zu gleicher Zeit befreit von einem in letzter Zeit empfundenen Gefühl von Schwere

in derselben Kopfseite. Man sieht auf der medialen Wand, entsprechend der Stelle des Antrums, eine kleine Granulationsfläche, welche ich mit Kauterisationen behandle.

Mit ganz vereinzelter Ausnahme, wo die Schleimhaut in der Nähe der Tubarmündung zurückblieb, war die Heilung ganz vortrefflich, die vollständige Epidermisierung der Höhle trat ein. Ein einzigesmal habe ich, wahrscheinlich auf Grund mangelhafter Achtsamkeit, eine permanente, federkielbreite Oeffnung hinter dem Ohre zurücklassen müssen, welche der Patient durch geringe Maßnahmen schließen zu lassen sich weigerte.

Die Heilungsdauer betrug $1^1/_2$ bis ungefähr 3 Monate. Nur im letztgenannten Falle mit Cholesteatom mußte die Behandlung durch längere Zeit fortgesetzt werden.

Betreffend die Einwirkung der Operation auf das Hörvermögen stimmen die Autoren überein: Verbesserung in der größeren Anzahl der Fälle, in einzelnen ganz bedeutend; unverändertes Hörvermögen in der Minderzahl; Verschlimmerung ganz vereinzelt.

Ich muß noch hinzusetzen, daß alle Angaben meiner Resultate von Patienten herrühren, deren Nachbehandlung ich ganz und gar allein besorgte. Irgend welche schwerere Komplikationen sind unter denselben nicht vorgekommen, kaum ausgeprägtes Cholesteatom.

Ich muß noch bezüglich der Indikation einige Worte hinzusetzen. Einige Aerzte, darunter ein Ohrenspezialist, teilten mir mit, daß sie Fälle zu untersuchen Gelegenheit hatten, bei denen die Radikaloperation wegen einer akuten Ohreneiterung vorgenommen wurde. Ich glaube, guten Grund zu haben, daß ein solches Verfahren auf einer falschen Auffassung der Indikationen für die Stacke'sche Operation beruht. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen einer akuten Otitis erfordern nicht ein so eingreifendes Vorgehen und berechtigen auch nicht hiezu. Hier hat man, falls die Operation zu richtiger Zeit vorgenommen wird, alle Aussichten, daß mit einem viel leichteren Eingriff, der einfachen Schwartze'schen Trepanation, ein ganz anderes und viel besseres Resultat erzielt werden kann, als es die Stacke'sche Operation bezweckt, nämlich eine vollständige Restitutio ad integrum der ganzen Trommelhöhle und des darin befindlichen lautführenden Apparates. Gewiß kann nicht bestritten werden, daß bei einer akuten Suppuration dieser Apparat schon frühzeitig einen so ernstlichen Schaden erleiden kann, daß eine volle Rückbildung nicht mehr möglich ist, aber diese Komplikation kann man bei rechtzeitiger Operation nie sicher konstatieren. Ein Versuch mit dem leichteren Eingriff muß daher immer vorerst gemacht werden, insbesondere als die akuten Symptome hiedurch bestimmt behoben werden. Zeigt sich das spätere Resultat unzureichend, bleibt die Eiterung im Mittelohre bestehend, d. h. übergeht der Zustand aus der akuten in die chronische Form, dann tritt die Indikation für die Ausräumung derselben ein.

Die Radikaloperation ist, wie Stacke besonders hervorhebt, ausschließlich für die chronischen Formen der eiterigen Mittelohrentzündung bestimmt.

Sollen nun alle Formen der chronischen eiterigen Otitis auf diese Art behandelt werden, und wenn nicht, welche Fälle eignen sich hiezu? Diese Frage wird von verschiedenen Autoren nicht so gleichmäßig beantwortet. Die Auffassung, zu welcher ich nach meinen Erfahrungen auf diesem Gebiete gelangt bin, ist nun folgende:

Als Ausgangspunkt will ich die von vielen angegebene allgemeine Indikation annehmen, dahin lautend, daß alle chronischen eiterigen Otitiden, welche auf andere Weise nicht zur Heilung gebracht werden können, der Radikaloperation zu unterwerfen sind. Diesen Satz will ich einigermaßen

vervollständigen und gewisse Ausnahmen von demselben betonen.

Ueber die Bedeutung des „auf andere Weise“ in diesem Zusammenhange sind eben die Meinungen geteilt. Ich für meinen Teil fasse es so auf, daß alle sogenannten konservativen Maßnahmen, wenn möglich, versucht werden sollen, bevor die Radikaloperation beschlossen wird: Borsäurebehandlung, Auskratzung, Kauterisation, Extirpation der Polypen etc. Die Schwartze'sche Hammer-Ambos-Extraktion, welche von einigen Ohrenärzten empfohlen wird, fühlte ich mich nie veranlaßt zu versuchen. Es scheinen nämlich zum Teile die Fälle, bei denen die Ursache der Suppuration ausschließlich in Erkrankungen der Gehörknochelchen oder Retentionszuständen im Attikus, und bei denen demnach diese Art des Vorgehens ein günstiges Resultat zu erzielen imstande wäre, äußerst wenige zu sein, zum Teile ist die Technik desselben so unvollständig, daß sie hie und da selbst geübten Spezialisten mißlingt oder daß sie nennenswerte Nebenverletzungen verursacht. Ueber die ursprüngliche Attikus-Aufmeißelung kann man sagen, daß sie für den Patienten ebenso eingreifend ist, wie die Radikaloperation, technisch ist sie schwieriger und das Resultat weit unsicherer. Stacke, der Proponent derselben, zieht selbst die Radikaloperation vor.

Aus den eben angeführten Gründen sehe ich die Radikaloperation in den Fällen indiziert, bei denen die sogenannten konservativen Methoden sich ohnmächtig erwiesen haben.

Eine andere Frage ist folgende: Soll man in jedem Falle die Operation verschieben, bis der Versuch der konservativen Behandlung gemacht worden ist? Ohne Zweifel ist dies vom theoretischen Standpunkt das richtigste. Dieser oder jener kann gewiß ohne Operation geheilt werden. Aber wie viele blieben ohne Hilfe, wenn die vorhergehende sachkundige konservative Behandlung als unabweisbare Bedingung der Operation aufgestellt würde? Wie viele von allen mit einer chronischen eiterigen Otitis Behafteten haben überhaupt die Möglichkeit, längere Zeit unter der Behandlung eines Spezialisten zu verbleiben? Gewiß nur eine kleine Anzahl. Gewiß ist es richtig, daß auch die operative Behandlung einer langen Zeit bedarf, aber sie enthält auch die größeren Garantien für ein gutes Resultat, und deshalb kann sich wohl der Patient leichter entschließen, sich derselben sofort zu unterziehen, als wenn man ihm erst zumutet, sich einer langen Versuchsbehandlung zu unterziehen, nach welcher es dann schließlich doch zur Operation kommen muß. Vom ökonomischen Standpunkt spielt auch der Umstand eine gewisse Rolle, daß der operierte Patient eine längere Zeit der Heilung im Krankenhause zubringen kann. Ich für meinen Teil finde es nicht richtig, wenn man einer ganzen großen Kategorie von Menschen die Hilfe von einer in gewisser Hinsicht lebensgefährlichen Krankheit einzig und allein der Befürchtung wegen entzieht, daß einer oder der andere von denselben einer eingreifenderen Behandlung unterzogen werden könnte, als dies unbedingt notwendig war, und diese eher ganz und gar unbehandelt läßt.

Ich finde mich daher bewogen, allen den mit einer schwereren eiterigen Otitis behafteten Patienten die Operation zu empfehlen, welche aus ökonomischen oder anderen Ursachen absolut verhindert sind, sich einer konservativen Behandlung zu unterziehen.

Wenn ich demnach in gewisser Hinsicht die oben angeführte allgemeine Indikation erweitere, so operiere ich doch nicht alle Fälle, welche in dieselbe klassifiziert werden können. Ich operiere nicht: 1. in leichten Fällen, womit ich solche meine, wo die nachweisbaren Veränderungen im Ohre gering sind, wo keine Retentionszustände vorgekommen sind, der Ohrenfluß durch längere Zeit verschwunden war, insbesondere auch dann, wenn der Wohnungsort des

Patienten so gelegen ist, und auch andere Umstände dies leicht ermöglichen, daß er bei eventuellen Verschlimmerungen rechtzeitig von einem fachkundigen Arzte behandelt werden kann; 2. bei einseitiger Otorrhöe, wenn das Hörvermögen am anderen Ohre so herabgesetzt ist, daß der Patient hauptsächlich das eiternde Ohr benützt; 3. bei doppelseitiger Otitis, wenn das Hörvermögen beiderseits gleich und so herabgesetzt ist, daß auch eine unbedeutende Verschlimmerung eine wesentliche Einschränkung der Berufsbeschäftigung des Patienten herbeiführen würde.

Da in den sub 1 verzeichneten Fällen lebensgefährliche Komplikationen weniger zu befürchten sind, fehlt der wichtigste Grund zur Operation. Bestimmte Kontraindikationen gibt es jedoch nicht; wenn das Gehörvermögen des anderen Ohres intakt ist, und wenn es der Patient ausdrücklich wünscht, braucht man die Operation nicht zu verweigern, zumal es sich gezeigt hat, daß Rezidiven oft trotz genauer Pflege entstehen, ferner, wenn der Zustand den Patienten besonders beunruhigt und die wesentliche Ursache eines nervösen Zustandes ist. Der Rücksicht auf eine mögliche Verschlimmerung des Gehörvermögens muß natürlich in den sub 2 und 3 angeführten Fällen besondere Bedeutung beigelegt werden. Einer Person, deren Gehörvermögen so weit herabgesetzt ist, daß sie recht und schlecht ihrer täglichen Beschäftigung noch nachzukommen imstande ist, kann auch durch eine ganz unbedeutende Verschlimmerung desselben ein solcher Abbruch in seinem Erwerbe beigebracht werden, daß er selbst für das schönste Resultat einer glücklich überstandenen und gelungenen Opration wenig dankbar wäre.

Bei doppelseitiger Otitis und hochgradiger Herabsetzung des Gehörvermögens pflege ich das in funktioneller Hinsicht schlimmere Ohr zuerst zu operieren. Wird durch den Eingriff das Gehörvermögen verbessert, sehe ich mich veranlaßt, auch zur Operation des zweiten Ohres zuzuraten.

Das hier gesagte gilt natürlich für die prophylaktische Indikation; ist man genötigt, aus anderen Indikationen zu operieren, bei intra- oder extrakranieller Komplikation, so liegt es in der Natur der Sache, daß die Operation am besten in der Form der Radikaloperation vollzogen wird. Schlechter Allgemeinzustand kann doch hier Hindernisse geben.

Mein Schlußurteil über die Stacke'sche Radikaloperation lautet demnach: Die Operation erfordert genaue Einsicht sowohl über die normalen als auch die abnormen anatomischen Verhältnisse im Mittelohre und in dessen Umgebung; aber von einem Operateur ausgeführt, der dieselbe mit der nötigen technischen Fertigkeit vereinigt, ist sie ein ungefährlicher und hinsichtlich des Resultates ein im hohen Grade segenbringender Eingriff. Einem Patienten, dem ich die Operation zu empfehlen mich veranlaßt sehe, stelle ich folgendes Resultat in Aussicht:

1. daß alle Gefahr der Eiterretention im Mittelohr nebst deren Folgen entfernt werde;
2. daß mit einem hohen Grade der Wahrscheinlichkeit der Ohrenfluß ganz aufhören wird;
3. daß das Gehörvermögen wahrscheinlich gebessert wird, daß es vielleicht unverändert bleibt, daß jedoch die Möglichkeit einer Verschlimmerung nicht ausgeschlossen erscheint.

Moorbäder als Schonungs- und Uebungstherapie.

Von Dr. **L. Steinsberg** in Franzensbad.

Vortrag, gehalten am VI. wissenschaftlichen Kongreß des Zentralverbandes der Balneologen Oesterreichs in Abbazia im Oktober 1904.

Meine Herren! Seit den grundlegenden Arbeiten von A. Hoffmann, Grödel Jacob, Gräubner und anderen über die Auffassung der Kohlensäurebäderwirkung gilt in der Behandlung von Krankheiten des Zirkulationsapparats als unumstößliches Axiom das Schonungs- und Uebungsprinzip. Es dürfte daher heute kaum einen ernsten Therapeuten geben, der, sei es mit welchen Heilfaktoren immer, seine Herzkranken anders als unter strengster Berücksichtigung dieser beiden kardinalen Momente behandeln würde. Ich brauche wohl nicht des näheren auf dieselben einzugehen. Es genügt im allgemeinen zu erwähnen, daß der Schonungs- oder Erholungsvorgang in der Einleitung einer Herabminderung der Kräfteansprüche für den Organismus zum Ausdruck kommt, in welcher Phase eben die notwendigen Leistungen desselben auf das bestmöglichste Minimum beschränkt bleiben und daß dann in der nach physikalischen Gesetzen einsetzenden Reaktionswirkung mit konsekutiver Steigerung und Erhöhung der vitalen Vorgänge das Uebungsprinzip in seine Rechte tritt. Wenn diese beiden Momente, d. i. Ruhe oder besser gesagt, Schonung und Uebung, ins richtige Verhältnis zu einander gebracht werden können, wenn also ganz besonders den individuellen Eigentümlichkeiten des Kranken Rechnung getragen wird, dann ist auch der Weg zur günstigen Beeinflussung der kranken Organe gegeben und durch etappenweises Vorgehen der therapeutische Erfolg gesichert.

Das Recht von therapeutischen Agentien in soeben geschildertem Sinne haben sich allen voran die balneären Heilmittel erworben. Hydriatische Prozeduren, sei es lokal oder allgemein angewendet, leisten bei strenger Individualisierung oft vorzügliches, wenn auch das bei Abreibungen und Duschen unausbleibliche Frottement der Haut fürs Herz eine intensive Erhöhung seiner Arbeit bedeutet. Dies betonen auch die Hydrotherapeuten Winternitz und letzthin auch Straßer.[1]) Eine unumschränkte Domäne beherrscht das natürliche Kohlensäurebad, wie es in seinem Wiegenorte Nauheim verabreicht wird und letzthin auch in Oesterreich — in Franzensbad — durch vollendete Zubereitungstechnik sich das Bürgerrecht erworben hat. Durch eine prägnante Dosierung befähigt, den minutiösesten Anforderungen, die an ein herzbeeinflussendes Agens gestellt sind, gerecht zu werden, hat es der Natur der Sache nach auch schon bedeutende Erfolge in der Herztherapie zu verzeichnen. Es dürfte ja kaum ausbleiben, daß mit der Zeit auch andere Kurorte, die im Besitze dieses natürlichen Heilfaktors — der kohlensäurereichen Quellen — sind, durch technische Verarbeitung derselben und unter Rücksichtnahme auf die sonst für Herzkranke unumgänglichen Faktoren, die nicht in balneären, doch ebenso wichtigen Gebieten für die Behandlung dieser Kranken, wie insbesondere der Terrainverhältnisse etc. gelegen sind, neue Heilstätten für Herzleidende errichten und auf diese Weise zur Dezentralisierung dieser Krankenbehandlung beitragen.

Wie und worin sich die fast spezifische Reizwirkung des Kohlensäurebades äußert, ist wohl zur Genüge bekannt. Wir haben es mit der Zeit als ein streng dosierbares Herzspezifikum zu schätzen und anzuwenden gelernt und gehen nicht fehl, dasselbe mit Recht den Cardiacis beizugesellen.

Schon gelegentlich des vorjährigen deutschen Balneologenkongresses hat Kisch in einem Referat eines neuen Heilfaktors erwähnt, der von mancher Seite, und besonders von Loebel, zur Behandlung Herzkranker empfohlen wird

---

[1]) Blätter für klin. Hydrotherapie, Nr. 7, 1903.



— d. i. der Moorbäder. In derselben Sitzung hat auch Loebel für diese Anschauung einen neuerlichen wissenschaftlichen Beleg in einem Vortrage[2]) niedergelegt und auch ich habe, unabhängig davon, in meinen „Kritischen Betrachtungen und neuen Beiträgen zur Moorbäderwirkung"[3]) zu gleicher Zeit auf diese neue Indikation für Moorbäder hinzuweisen Gelegenheit gehabt. Es kann wohl kaum einem Zweifel unterliegen, daß nicht Neuerungssucht das Leitmotiv ist, welches an dem unerschütterlichen Dogma zu rütteln versucht, das, auf die Beobachtungen älterer Forscher gestützt, die Anwendung der blutdrucksteigernden Moorbäder bei Herzkranken verbietet. Im Gegenteil liegen bis jetzt physiologische Versuchsreihen vor, so besonders von Senator, Stifler, Loebel, Nenadovics und eine Mitteilung von Basch, die dadurch, daß sie im Moorbade fast durchwegs Blutdruckabnahmen gefunden haben, zur Umwertung dieser Bädergattung das Ihrige beizutragen imstande sind. Und gerade diese Umwertung der Moorbäder möchte ich heute reklamiert und festgestellt wissen, daß dieselben in strikter Dosierung — und auch das Kohlensäurebad wird ja genau abgestuft — überaus schätzenswerte Heilfaktoren in der Behandlung Herzkranker abgeben.

Die Versuchsergebnisse habe ich in meinem vorjährigen Vortrage dahin zusammengestellt, daß im dünnen und halbdichten schwefelsulfat- (10.16%) und schwefelsäurereichem ($2^1/_2$%) Franzensbader Moorbade von einer Maximaltemperatur zwischen 26° und 29° R. Verminderung des Blutdruckes mit gleichzeitiger Verlangsamung des Pulses und der Atmung und Abfallen der Rektumtemperatur in den allermeisten Fällen deutlich nachzuweisen ist. Es sind dies dieselben Folgeerscheinungen, wie sie auch Loebel in seinen Pflanzenmoorbädern von Dorna kennzeichnet. Diese Blutdruckreduktionen standen immer in unmittelbarer Abhängigkeit von der Blutdruckhöhe vor dem Bade und waren viel anhaltender in Fällen, in welchen der Blutdruck vorher hoch war. Diese Beobachtungen zeigen uns deutlich, daß es sich bei Franzensbader Moorbädern ebenfalls um Schonungsvorgänge handelt oder richtiger gesagt, daß diese Bäder auf Basis des Schonungsvorganges für den Organismus eine Erhöhung seiner Funktionen vollbringen. Denn was sind diese Vorgänge anders, als der Ausdruck für die Verringerung der außerwesentlichen Körperarbeit nach Rosenbach, in deren Folge eine Verringerung der Wärmebildung eintritt als hauptsächlicher Ausdruck der geringeren Reizbeeinflussung der nervösen Zentren infolge der geringeren Differenz zwischen Oberflächentemperatur und Bademedium. Abhängig von dieser Wärmebildung erfolgt auch eine Stoffwechselbeschränkung und demgemäß auch eine Herabminderung der Herzarbeit. Diese letztere wird durch das Moorbad wesentlich beeinflußt. Die in demselben enthaltenen chemischen Bestandteile wirken unbedingt als mächtige Hautreize. Die Herzarbeit erfährt nur beim ersten Reizangriff des Bades eine absolute Steigerung, wenn die Hautgefäße sich verengen und wenn aus diesem Grunde eine größere Blutmenge dem Herzen zuströmt. Während dieses allerersten Stadiums der Einwirkung des Bades stellt sich bei vielen größeres oder geringeres Oppressionsgefühl ein, welches jedoch sofort weicht, sobald das Blut in die reaktiv erweiterten Hautgefäße zurückströmt. Da beim ersten Reizangriff des Bades die Hautgefäße sich kontrahieren, so sinkt der Blutdruck, wiewohl das Herz offenbar schwerer zu arbeiten hat, um das zurückgedrängte Blut zu fassen. Erst bei der darauffolgenden allmählichen Erweiterung der Hautgefäße, die wir immer beobachten konnten, beginnt auch der Blutdruck zu steigen. Diese Blutdrucksteigerung beweist jedoch, daß die vorhandene Herzkraft beim Wegfall peripherer Gefäßwiderstände besser ausge-

[2]) **Loebel, Die blutdruckreduzierenden Werte der Moorbäder. Vortrag in der balneologischen Gesellschaft zu Berlin, März 1903.**

[3]) **Steinsberg, Die Wirkung der Franzensbader Moorbäder im Lichte der neuesten Forschungen. Vortrag in der balneologischen Gesellschaft zu Berlin, März 1903.**

nützt wird. Die Entspannung des Hautgefäßsystems ist ein reaktiver Vorgang auf den durch den Chemismus der Moormasse gesetzten Kontraktionsreiz, wobei auch das mechanische Frottement der Moorpartikeln als potenzierender Faktor aufzufassen wäre. — Durch diese Auseinandersetzungen sind die im Moorbade der Indifferenzzone beobachteten Blutdruckverhältnisse erklärt, die sich im Beginn in einem Sinken, bald jedoch in einer Steigerung kundgeben, was wir aber nicht als den Ausdruck größerer Arbeitsleistung, sondern als Folge der durch die Entspannung der Blutgefäßbahn erleichterten Zirkulationsverhältnisse ansprechen müssen, also Herzschonung im besten Sinne des Wortes. — Blutdruckerniedrigung — Blutdrucksteigerung: in beiden Fällen wird die Schonungswirkung nur in verschiedener Weise zum Ausdruck gebracht. Das Analogon mit der Kohlensäurebäderwirkung ist deutlich erkennbar! Auch die beobachteten Puls- und Respirationsreduktionen sind ja bekanntermaßen der Ausdruck des vertretenen therapeutischen Prinzips. Alles in allem sehen wir, daß auch Moorbäder in der obangeführten Dosierung die Zirkulationsverhältnisse und die Herzarbeit im günstigsten Sinne zu beeinflussen imstande sind und daß, wie bereits gesagt wurde, der auf die Hautoberfläche gesetzte spezifische sensible Reiz auf reflektorischer Bahn auf die vitalen Zentren im Sinne einer Schonung und Erholung einzuwirken und in weiterer Folge eine Erhöhung der innerwesentlichen Körperarbeit auszulösen imstande ist. In meiner vorjährigen bereits zitierten Arbeit habe ich mich mit allen diesbezüglich gemachten Versuchen und theoretischen Erklärungen so eingehend befaßt, daß ich wohl heute nicht weiter darauf einzugehen brauche.

Daß Moorbäder in der Herztherapie, und dies mit gutem therapeutischen Erfolg, verwendet werden können, war mir nach all den theoretischen Erwägungen deutlich erkennbar. Es hieß nur diese Auffassung in die Praxis umzusetzen, um die Empirie sprechen zu lassen. — Anfangs zaudernd, später jedoch dreister, als ich die günstige Wirkung der Moorbäder auf Puls, Blutdruck, Respiration, Nervensystem (Verringerung der Erregbarkeit) zur Genüge kennen gelernt habe, ließ ich Moorbäder bei vielen meiner Patienten, welche die verschiedensten Störungen des Zirkulationsapparats aufwiesen, zur Anwendung bringen und konnte, auf exakteste Kontrollbeobachtungen mittels Tonometer etc. gestützt, davon nur die besten Resultate sehen. Ich will gleich hier hervorheben, daß ich etwa in zwei Drittel der Fälle nur dünne, in einem Drittel mitteldichte Moorbäder in Temperaturen von 25—29° R. und meistens bis zur Herzhöhe verabreichen ließ, wobei ich als dünnes Bad ein sogenanntes Franzensbader Normalbad, welches seit kurzem die Badeverwaltung auf ärztlichen Vorschlag als ein jeweilig konstant konsistentes Bad der untersten Dichtigkeitsskala (beiläufig 10 Kübel Moor = 85 kg) eingeführt hat, verwendet habe. Das mitteldichte Bad war in der Badewanne von approximativ immer gleichem Voluminhalt gegen das Normalbad ebenfalls genau abgestuft, und zwar beiläufig um 2—3 Kübel Moorerde mehr. Nebstdem verwendete ich zumeist im Beginn der Moorbäderbehandlung unsere ebenfalls erst seit dem Vorjahre eingeführten sogenannten Kohlensäuremoorbäder, das sind Kohlensäurebäder der verschiedensten Typen, d. h. von verschiedenem, doch jeweilig bekanntem CO_2-Gehalt, die auf einer gleichmäßigen bodenständigen Schichte erwärmten Moores (etwa $3^1/_2$ Kübel = 30 kg) von bestimmter Temperatur die Badewanne füllten. Durch diese Bäderart wurde ich auch in den Stand gesetzt, die Mischung der Moormasse in ansteigender Reihe mit fast entgastem, bis zu kohlensäurereichstem Quellwasser zu diluieren und derart an der Gesamtwirkung der verabreichten Bäder auch den jeweilig dosierten Kohlensäuregehalt partizipieren zu lassen. Bei mitteldichten Moorbädern beschränkte ich mich fast ausnahmslos auf die ortsübliche Diluierung des Moores mittels entgasten Wassers, wiewohl ich auch hier in einigen Fällen zur Kohlensäuremischung gegriffen habe. Ich brauche wohl kaum hervorzuheben, daß hier von natürlicher, in den

Quellen bereits enthaltener Kohlensäure die Rede ist.

Wie schon aus obiger kurzer Skizze ersichtlich ist, sind wir imstande, durch genaue Dosierung sowohl der Moorzugabe, als auch des Kohlensäureinhaltes — das letztere, wo uns eine solche Kombination rätlich erscheint — eine ganze Reihe abgestufter, sei es reiner Moorbäder oder gemischter Kohlensäuremoorbäder, zu erhalten und ich hatte Gelegenheit, diese ganze umfangreiche Bäderskala an die Individualität des Kranken angepaßt, in jedem Stadium der Verabreichung immer als günstiges, und es sei ganz besonders hervorgehoben, bei richtiger Dosierung niemals als schädigendes therapeutisches Agens angewendet zu sehen. — Selbstredend kamen Moorbäder von dichter Konsistenz und Temperaturen über 30° R. niemals, über 29° R. nur höchst selten und auch die beim Badepublikum so beliebten Vollbäder bis zur Halshöhe bei den in Rede stehenden Kranken keinesfalls zur Anwendung. Das sind, wie begreiflich, nicht mehr „Schonungsbäder". Der Heileffekt manifestiert sich hier konform zu anderen hyperthermischen Prozeduren wohl in einer beträchtlichen Steigerung des ganzen Stoffumsatzes und der Resorptionsfähigkeit, doch vollzieht sich dies auf dem Wege der größten Arbeitsanforderung an den Organismus, was ja gerade den eingangs erwähnten Prinzipien zuwiderlaufen würde.

Ich hatte nun Gelegenheit, 72 Fälle von mehr oder minder Herzkranken mit Moorbädern in soeben erörterter Darreichungsart bis jetzt zu behandeln und zu beobachten. Es ist dies schon eine beachtenswerte Ziffer, wenn man bedenkt, daß der Badearzt über die ihm anvertrauten Kranken nur ein beschränktes Dispositionsrecht besitzt; anderseits proponierten die Patienten oft selbst den Gebrauch von Moorbädern, von denen sie sich „für ihre lokalen rheumatischen Beschwerden einen Erfolg versprachen". Nach den gemachten Erfahrungen zauderte ich auch keinen Augenblick, diesen Wünschen — wenn auch mit dem Hintergedanken der therapeutischen Beeinflussung nach einer anderen Richtung hin, was mir wohl niemand schlecht anrechnen wird — zu willfahren.

Ich beschränke mich hier nur selbstredend auf die summarische Anführung der von mir mit Moorbädern behandelten Herzfälle. Es sei nur im allgemeinen erwähnt, daß ich die diversen Erkrankungen des Endo- und Myokards der Behandlung unterzog, so vor allem Insuffizienz und Stenose der Mitralis, Insufficientia aortae, Cor adiposum, Herzneurosen, Cardiopalmus nervosus (einmal ex abusu nicotiano mit Gelenksneurosen), Insufficientia m. cordis, Myokarditis (zweimal vergesellschaftet mit Myoma uteri), zwei Fälle von dilatativer Herzschwäche (Martius), Atheromatosis aortae, cordis, Arteriosclerosis universalis (incipiens). Viele von diesen Fällen wiesen auch größere oder kleinere Kompensationsstörungen auf mit allerlei subjektiven Beschwerden, Dyspnoe, stenokardischen Anfällen, leichten Oedemen etc. In all den 72 Krankheitsfällen verabreichte ich Moorbäder (die höchste Ziffer betrug 20, die kleinste 2) entweder ausschließlich oder auch — und das war meistens der Fall — abwechselnd mit Kohlensäurebädern. In erdrückender Mehrzahl vertrugen die Kranken diese Therapie geradezu glänzend und nur in drei Fällen mußte ich dieselbe aussetzen. Die erzielten Erfolge manifestierten sich von Tag zu Tag in der Besserung des Allgemeinbefindens, des ganzen objektiven Herzstatus und der subjektiven Beschwerden.

Ich kann nicht umhin, einige der markanteren Fälle in aller Kürze zu skizzieren:

Frau J. R. aus B. Myodegeneratio cordis, Herzverbreiterung, Myoma uteri, Menorrhagiae. 4 CO_2-Bäder, 18 Moorbäder in verschiedener Skala. Diese besser vertragen als die ersteren. Leichte Irregularität des Pulses geschwunden, Blutdruck von 130 auf 120 gesunken. Menorrhagie ausgeblieben (sechswöchentliche Behandlung).

Fr. R. R. aus O. Anaemia, Insuff. et stenos. valv. mitralis, Herzdämpfung

Mitte Sternum und bis 1 Querf. außerhalb der ML., systolisch-diastolisches Geräusch; leichte Inkompensation, 13 CO_2—3 Moorbäder sehr gut vertragen. Kräftigung des Herzens. Kompensation.

Fr. A. G. aus E. Anaemia, Hy., Gelenksneurosen, Cardiopalmus nervosus ex abusu nicotiano. 12 Moorbäder; Gelenksschmerzen sehr gebessert. Sehr häufiges Herzklopfen und zeitweilige Stenokardie zum Schluß der Behandlung fast geschwunden. Einschränkung des Rauchens.

Herr P. H. G. aus O. Insuff. valv. mitral. c. dilat. cordis d.; leichte Inkompensation, Knöchelödem, P-84; während dreier Wochen nebst 5 CO_2-Bädern, 8 Moorbäder (26—28° R. dünnflüssig, bis zur Herzhöhe, 15 Minuten Badedauer). Rückgang der Dilatation, des Oedems, Verminderung der Pulszahl auf 72, Tonom. zum Schluß 110. Eine bestehende Neuralgia intercost. sin. wurde nebstdem mit nicht sehr heißen Moorumschlägen, die ausgezeichnet vertragen wurden, günstig beeinflußt.

Fr. C. K. aus K. Anaemia, Insuff. musculi cordis, Endarteriitis aortica; 15 CO_2—8 Moorbäder. Kräftigung des Herzens.

Herr M. B. aus J. 65 J., Myodegeneratio cordis, Arteriosclerosis: 10 CO_2—10 Moorbäder, halbhoch, 27—28° R., dünnflüssig, 15—20 Minuten Dauer. Blutdruck von 140 auf 120 zurückgegangen, kein Albumen, Puls regulär 72, keine stenokardischen Anfälle.

Fr. E. Ch. aus J. Myocarditis, Stenocardia, Myoma uteri (Zusammenhang?). 21 Moorbäder, zum Schluß Blutdruck 120, P-78, stenokardische Anfälle sistiert. Patientin hat trotz ihrer Beschwerdefreiheit, die fast 10 Monate lang angedauert hat, die Moorbadkur heuer mit ebenso gutem Erfolg absolviert. Das ganseigroße Myom ist auf Taubeneigröße zurückgegangen. Das gleichzeitige Vorhandensein von Uterusmyomen und Myodegeneratio cordis, das nicht gar so selten diagnostiziert werden kann, prädestiniert geradezu zur Moorbadbehandlung.

Auch der Verlauf folgender Fälle hat sich überaus günstig gestaltet:

Fr. S. Ch. aus Z. Anaemia, Sterilitas, Retroflexio uteri. Insuff. et sten. mitral. compens. 7 CO_2—20 Moorbäder verschiedener Typen.

Fr. R. M. aus W. Myodegeneratio cordis, Stenocardia, Agrypnia; systolisches Geräusch. Parametritis. 8 CO_2—9 Moorbäder. Zustand sehr gebessert.

H. W. aus P. Anaemia, Diath. uratica, systolisches Geräusch Herzspitze, die zweiten Töne akzentuiert, Arterioscler. incip. 12 CO_2—10 Moorbäder. Zum Schluß Systole rein, keinerlei Beschwerden.

Fr. A. D. aus W. Anaemia, Nervositas inclimace, Debilitas cordis sine strepitu. 14 CO_2—6 Moorbäder. Allgemeine Kräftigung; Herzbeschwerden gewichen.

Fr. R. G. aus R. Anaemia, Debilitas, Arterioscler. univ. Myocarditis. P. = 54 rigid, Kopfschwindel, Atemnot. 11 CO_2—4 Moorbäder. 27° R., 12 Minuten, halbhoch. Subjektive Beschwerden ganz gewichen, Blutdruck 120, Gewichtszunahme.

Fr. M. O. aus B. Anaemia, Insuff. mitral. compens. Diath. uratica. 15 Moorbäder, 6 Stahlbäder, letztere schlecht vertragen. Gewichtszunahme $1^1/_2$ kg.

Fr. B. S. aus P. Anaemia, Myocarditis, Metritis chronica, Parametritis. 12 Moorbäder, 2 Stahlbäder; rauhe Systole, zum Schluß Töne reiner.

Fr. M. B. aus J. Diath. uratica, Insuff. valv. mitral. c. dilat. cordis d. 17 CO_2—6 dünne, halbhohe Moorbäder. Herzerweiterung zurückgegangen.

Fr. M. W. aus K. Anaemia, Nervositas, Cholelithiasis, Adynamia cordis. 13 CO_2—14 Moorbäder. Herz gekräftigt.

Fr. S. W. aus S. Anaemia, Insuff. mitralis, Retroflexio uteri fixati, Enteroptosis. 14 CO_2—9 Moorbäder. Herzbeschwerden geschwunden.

Fr. Th. P. aus L. Anaemia, Hy., Neurosis cordis, Präkordialangst, CO_2- und Stahlbäder nicht vertragen. 5 Moorbäder. Herzbeschwerden verringert.

Fr. S. W. aus M. Climax. praecox., Adipositas univ., Cor adiposum. 10 Moorbäder. 13 CO_2-Bäder; zum Schluß Gewichtsabnahme. Herztöne reiner, keine Dyspnoe.

Fr. H. S. aus N. Anaemia, Debilitas. Rauhe Aortentöne, Hypertrophia cordis

sin. 10 Moorbäder. 10 CO_2-Bäder. Gewichtszunahme $3^1/_2$ kg (3 Wochen).

Wenn ich nun nach all den gemachten Erfahrungen für eine Umwertung der Moorbäder in obangeführtem Sinne, d. i. für ihre Zulässigkeit bei Behandlung Herzkranker plaidiere, so bin ich weit davon entfernt, denselben das Recht auf ein Allheilmittel einzuräumen oder mit diesen die in der Herztherapie bereits festfundierten Kohlensäurebäder ersetzen zu wollen. Doch dies kann ich mit gutem Gewissen behaupten, daß sie — ich erwähne nochmals, bei richtiger Dosierung und in etwas nach oben und unten erweitertem Umfange der Indifferenzzone — zumindest überall dort zur Anwendung kommen können und manchmal auch sollen, wo in der Behandlung Herzkranker das Kohlensäurebad in seine Rechte tritt. Ja, ich kann es nicht mit Stillschweigen übergehen, daß in sehr vielen Fällen, wo CO_2- reichere Bädertypen von den Kranken nicht vertragen wurden, das Moorbad nicht nur keine Alteration des Kranken hervorgerufen, sondern geradezu eine Etappe vorwärts zur Besserung des Krankheitszustandes für den Patienten bedeutet hat.

In logischer Folge ergab sich auch daraus der Schluß, daß insbesondere indifferent temperierte flüssige Moorbäder mit entgastem, später auch mit schwach kohlensäurehaltigem Quellwasser diluiert, ein ausgezeichnetes Einleitungsverfahren bei der balneären Herztherapie abgaben und darin die sonst üblichen Soolbäder in ihrer schonenden und beruhigenden Wirkungsweise auf das Herz zumindest ersetzten, wenn nicht übertrafen. — Der chemische Reiz, den die Soole auf die Körperoberfläche zu setzen imstande ist, wird durch die im Moorbad gelösten chemischen Salze und die Moorpartikeln ausgelöst und so durch die folgende Entspannung des oberflächlichen Gefäßsystems die Erleichterung der Herzarbeit bewerkstelligt. Dagegen bemerkte ich, daß das mit hochwertigem Kohlensäurequellwasser kombinierte Kohlensäuremoorbad auch bei indifferenten Temperaturen einen ungewöhnlich energischen Hautangriff bedeutet und darin das einfache Kohlensäurebad mit dem gleichen CO_2-Gehalt auch in strömender Form (Strombad) bei weitem übertrifft. Gleich nach der Zubereitung erfolgt durch den gegenseitigen Austausch der chemischen Substanzen, das Ausströmen von freier und Freiwerden von gebundener Kohlensäure und organischer Säuren eine überaus heftige und langandauernde Gasentwicklung, es braust, sprudelt und zischt. Die Verordnung dieser Bäder kann deshalb als die Quintessenz der Uebungstherapie für das Herz bezeichnet werden.

Auf der ausgeführten Basis der strikten Dosierung der Moorbäder dürfte das alte Schreckgespenst, welches die Verabreichung dieser Bäderart bei der geringsten Zirkulationsstörung im Organismus oft sträflich verpönte, endlich fallen und ich hoffe, daß diejenigen Kollegen, welche mit Moorbädern zu arbeiten Gelegenheit haben, durch Nachprüfung den hohen Wert dieser Bäderart bei Behandlung Herzkranker bald zu erfassen imstande sind.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Zur Therapie der Ischias. Von Jérôme Lange.

In der medizinischen Gesellschaft in Leipzig teilte Vf. die von ihm in einigen Fällen von Ischias geübte Behandlungsmethode mit. Er injizierte eine große Menge (70—100, in einem Falle sogar 150 cm³) einer Eukainlösung direkt an den Nerven. Das Verfahren ist sehr einfach und völlig ungefährlich, da man, wenn man senkrecht auf das Foramen ischiadicum sticht, nur die Muskelschicht



des Musculus glutaeus zu durchstechen hat. Vf. hat bei elf Fällen fast lauter gute und vor allem Dauerresultate erzielt. Zu beachten ist, daß nach der Injektion häufig Fieber auftritt, ferner Uebelkeit, in dem einen Falle mehrere Stunden anhaltende Geschmacklosigkeit. — (Deutsche med. Wochenschr., Vereinsbeilage, Nr. 3, 1905.) Laub.

Zur therapeutischen Anwendung des Nitroglyzerins. Von C. Binz in Bonn.

Ueber die Wirkung und Anwendungsweise des fälschlich Nitroglyzerin genannten Glyzerintrinitrit herrschen in der Literatur widersprechende Anschauungen. Roßbach sieht im Nitroglyzerin ein vorzügliches Mittel, welches speziell bei Schrumpfniere durch Herabsetzung des Blutdruckes nur gute Folgen erzeugt. Nothnagel gibt das Nitroglyzerin bei Angina pectoris und speziell bei den derselben ähnlichen Schmerzen bei Arteriosklerose und findet oft geradezu überraschende Erfolge. Nach Curschmann ist das Nitroglyzerin von ganz entschiedener palliativer Wirkung. Trotzdem auch andere Autoren günstige Wirkungen nach Anwendung dieses Präparats beobachtet hatten, scheuen doch viele vor diesem Mittel zurück, hauptsächlich aus Besorgnis vor der Giftigkeit des Präparats. Ferner ist dasselbe oft wirkungslos infolge der ungeeigneten Form, in der es besonders in Deutschland zur Anwendung kommt.

Um den Widerstreit der Meinungen zu lösen, hat Vf. eine Reihe von Tierversuchen angestellt und nach Mitteilung der Protokolle kommt er zu folgenden Schlüssen:

Grund der Mißerfolge des Nitroglyzerins am Kranken ist die ungeeignete feste Form der Anwendung. Die Unzulänglichkeit der käuflichen Pastillen ergab sich aus direkter chemischer Untersuchung. Vf. benützte dazu zwei Proben, die er beide aus zwei verschiedenen Quellen bezogen hatte. Die einen sollten im Stück 0·001 g, die anderen 0·0005 g Nitroglyzerin enthalten. Während in den ersteren das Nitroglyzerin vollständig fehlte, fanden sich in den letzteren nur Spuren des Präparats. Aus diesem Grunde empfiehlt Vf., das Nitroglyzerin nur in Lösung zu verschrieben.

Nitroglyzerin in Alkohol gelöst ist für längere Zeit haltbar. Vf. empfiehlt folgende Formel:

Rp. Nitroglycerini 0·50
Alcohol. absol. 12·0
Solve. D. in vitro patent. fusco.
S. Täglich ein Tropfen auf Zucker zu nehmen.

Ein Tropfen dieser Lösung enthält an Nitroglyzerin ungefähr 0·001 g.

Wem 0·001 g als Einzelgabe zu hoch ist, der lasse sich seine Nitroglyzerinlösung 1%ig statt 4%ig anfertigen, etwa 0·20 g auf 19·8 g absoluten Alkohol. Der Tropfen enthält dann $^1/_4$ mg, was auch dem Vorsichtigsten genügen dürfte.

Nitroglyzerin in absolutem Alkohol gelöst explodiert nicht.

Sämtliche Pastillenformen des Nitroglyzerins müssen aus dem Gebrauche verschwinden.

In seiner arterienerweiternden Wirkung ist das Nitroglyzerin dem Amylnitrit und dem Natriumnitrit sehr ähnlich, es vermag daher die beiden Nitrite zu ersetzen und tut das vorteilhaft, wenn die Therapie eine länger dauernde Wirkung erzielen will. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 2, 1905.) Laub.

Zur Therapie des akuten und chronischen Magenkatarrhs und eine Form der Salzsäuredarreichung. Von Dr. Franz Weitlaner in Otterthal.

Bei der Behandlung des akuten und chronischen Magenkatarrhs hat sich dem Vf. die Darreichung der Salzsäure in Kombination mit der Gerbsäure außerordentlich bewährt. Das Rezept lautet:

Rp. Acid. tannic. 0·60
Acid. hydrochl. dil. gtt. XLII
Aq. dest. 96·00
D. S. Mittags und abends eine halbe Stunde nach dem Essen ein Eßlöffel voll in 150 g reinem lauwarmen Wasser umgerührt, schluckweise zu trinken.

Oder man kann gleich gut ordinieren:

1. Rp. Acid. tannic. 0·10
Dentur tal. dos. Nr. X.

2. Rp. Acid. hydrochlor. dil. 20·0

In Tropfflaschen. D. S. Jedesmal eine halbe Stunde nach dem Mittag- und Abendessen in 150 g Wasser ein Pulver aufzulösen, dann sieben Tropfen Säure hineinzutropfen, umzuschütteln und schluckweise zu trinken. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1905.) Laub.

Fersan a valuable addition to our materia medica. Von Prof. Charles Aaron.

Vf. hat an der Universitätsklinik für Magen- und Darmkrankheiten in Detroit Versuche mit Fersan in Pulverform angestellt und gelangt zu dem Ergebnisse, daß Fersan als Eisenazidalbuminverbindung bei gestörter Magenverdauung recht gute Dienste leisten kann und daß schon geringe Mengen von Fersan (zweimal täglich je ein Kaffeelöffel mit Milch oder Mineralwasser) genügen, um die dem Eisen spezifische Reizwirkung auf die blutbildenden Organe auszuüben. Besonders charakteristisch für Fersan ist die appetitanregende Wirkung und empfiehlt Vf. die Anwendung des Fersans in Krankheitsfällen, in denen sowohl Besserung der Ernährung, als auch der Blutbildung in Frage kommt. — (American Medical, Compend. II, 1904.)

Ueber Areophagie. Von W. Zweig in Wien.

Vf. empfiehlt therapeutisch eine Allgemeinbehandlung der zugrunde liegenden Neurasthenie, unterstützt von Sondierungen des Oesophagus; Brom, Validol. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 23, 1904.) F. L.

Einige Untersuchungen über chemische Unterschiede zwischen den roten und weißen Muskeln des Rindes. Inaug.-Diss. von Hans Stern in Würzburg.

Die Muskeln mit der größten Menge Extraktivstoffe enthalten auch die größte Menge H_2O. Bei der Tätigkeit nimmt beim ausgewachsenen Tier in der Regel der Wassergehalt der weißen, bei den noch im Wachstum begriffenen dagegen der der roten mehr zu. Auffällig ist, daß regelmäßig die Zwerchfellmuskulatur einen erheblich höheren Glykogengehalt zeigte, als die Lendenmuskulatur. Der Hautmuskel war besonders arm an Glykogen. Bei diesen Muskelgruppen geht der Hämoglobingehalt parallel dem Glykogengehalt. F. L.

Ueber die Ausnützung von Zuckerklistieren bei Diabetikern. Von Eduard Orlowski in Warschau. (Aus der med. Abteilung des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.: v. Noorden.)

Vf. stellte in Uebereinstimmung mit Arnheim fest, daß nach rektaler Einverleibung von Glykose die Zuckerausscheidung erheblich weniger ansteigt, als bei bukkaler Zufuhr. Oefters war in den vier teils leichten, teils schweren, genau analysierten Fällen von Diabetes, über die Vf. berichtet, überhaupt kein Anstieg der Glykosurie nach dem Zuckerklistier zu bemerken, während nach bukkaler Einverleibung fast regelmäßig der erwartete Anstieg prompt eintrat. Um festzustellen, ob eine ungewöhnlich schlechte Resorption vom Darm aus dem geringen Effekt der Zuckerklistiere zugrunde liege, war meistens der am Klistiertage entleerte Kot untersucht. Es ergab sich, daß die wiederentleerte Zuckermenge stets ungefähr 50% der Einfuhr, bald etwas mehr, bald etwas weniger betrug. Die Zahlen stimmen im Durchschnitt mit dem überein, was über die rektale Resorption der Glykose bereits bekannt ist. Der nicht wiedergefundene Rest des Klistierzuckers, also im Mittel 50%, ist dem Körper zugute gekommen. Der höchst unbedeutende Einfluß auf die Glykosurie muß die Frage nahelegen, ob die Glykose wirklich als solche resorbiert wurde und damit befähigt war, die gleiche Rolle im Körper zu spielen, wie ein Kohlehydrat, das vom Magen aus in die Blutbahn gelangt und von den Geweben verbrannt wird. Traubenzucker unterliegt, wie alle Kohlehydrate, leicht bakterieller Zersetzung im Mastdarm und es ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß im wesentlichen nur Zersetzungsprodukte des Traubenzuckers ins Blut gelangen. Dieselben würden zwar dem Körper als Heizmaterial dienen und müßten ähnlich wie Zucker den respiratorischen Quotienten erhöhen, der auch tatsächlich nach Zuckerklistieren ansteigt.

Vf. prüfte, ob die Langsamkeit der rektalen Resorption gegenüber der stomachojejunalen vielleicht die Unterschiede der Wirkung erklärt. Zu diesem Zwecke erhielten die Patienten zwar das Zuckerklistier auf einmal, das per os einzuführende Vergleichsquantum aber von 10 Uhr morgens an, auf kleine Portionen verteilt, innerhalb der nächsten $2^1/_2$ Stunden, d. h. innerhalb der durchschnittlichen Verweilsdauer der Zuckerklistiere. Diese Anordnung beeinflußte aber die Resultate der bukkalen Zuckerzufuhr nicht. Der Einfluß der rektalen Glykosezufuhr auf die Azidose war merkwürdig gering. Diese geringe Beeinflussung der Azidose durch Zuckerklistiere schränkt auch deren Indikationen wesentlich ein. Wenn aus der Azidose Gefahr droht und schnelles Handeln nötig ist, kann man sich nicht auf sie verlassen; dafür wirken sie gerade nach dieser Richtung zu unsicher und zu langsam. Sie stehen an Heilwirkung jedenfalls gegenüber der Heilwirkung der von v. Noorden und von Ewald-Sigel empfohlenen Haferkur bedeutend nach. Es kommt höchstens eine Unterstützung der letzteren durch Zuckerklistiere in Frage. Die Zuckerklistiere werden nach der Erfahrung des Vfs. nur für gewisse kurze Perioden, wenn die sonstige Ernährung auf Schwierigkeiten stößt, für die Behandlung des Diabetes eine wirkliche praktische Bedeutung haben. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., Bd. 8, H. 9, 1904.) F. L.

Ueber die Therapie der Hyperazidität.
Von Dr. L. Boas in Berlin.

Es seien hier nur die Ausführungen des Vfs. über die Ernährung bei Hyperazidität referiert: Er berichtet darüber folgendes: Geboten ist Einschränkung der Fleischspeisen (am wenigsten bringt fettes Fleisch Schaden), möglichst viel Kohlehydrate in leicht assimilierbarer Form und bei guter Widerstandskraft des Patienten reichlicher Fettgenuß — auch in Emulsionen. Die Milch ist der wichtigste und bisweilen sogar ein unerläßlicher Speisefaktor, besonders bei starker Hyperazidität und bei ulzerösen Affektionen. Auch muß der Bereitung der Speisen und den Gewürzen gebührende Aufmerksamkeit geschenkt werden. Da starke Gewürze die Hyperazidität steigern, ist deren Gebrauch streng zu verbieten, da gewöhnlich die Magenkranken durch eine außerordentliche Neigung für stark gewürzte Speisen sich auszeichnen. Dies gilt besonders für die starken Säuren, den Essig, die sauren Gemüse und Weinsorten. Salate sind für sich unschädlich und können, mit Provenceröl und etwas Zitronensaft bereitet, genossen werden. Milch und Sahne in saurem Zustand werden gut vertragen und Vf. verordnet diese und zugleich auch Kefir gern bei solchen Kranken, wobei er nie eine Steigerung der krankhaften Prozesse beobachtet hat.

Von den Getränken werden außer den weißen Weinen (besonders Moselwein) noch die schäumenden schlecht vertragen (Champagner, Sekt), gute Rheinweine, Bordeaux werden gut vertragen, desgleichen die unverfälschten weißen Bordeaux- und Burgunderweine. Kaffee- und Nikotingenuß sind unbedingt zu verbieten; als Ersatz für den gewöhnlichen Kaffee könnte man Malz- oder Haferkaffee gestatten. Tee und bisweilen Kakao werden gut vertragen. — Das Rauchen steigert die Beschwerden, jedoch sind die Individuen in Bezug darauf verschieden empfindlich.

Die Mineralwässer, besonders die alkalischen (Fachinger, Vichy, Biliner Gießhübler, Eau de Vals, Krondorfer, Salvator etc. etc.) sind für die Behandlung geradezu notwendig. Vf. gibt morgens nüchtern und jedesmal nach dem Essen 200—300 g auf einmal. Die Frage, ob ein beständiger Gebrauch von Alkalien eine beständige Verminderung der HCl des Magens bewirke, verneint Boas auf Grund seiner Erfahrungen; dafür, daß wiederum ein übermäßiger Gebrauch schädlich wäre, sind keine Anhaltspunkte vorhanden, man muß sich hierin auf die Aussagen der Kranken verlassen. In entsprechender Dosierung und Form erleichtern die Alkalien die Schmerzen bei der Hyperazidität; ihre Wahl und Dosierung ist nicht gleichgiltig. Das billige doppelkohlensaure Natron ruft eine reichliche Kohlensäureentwicklung hervor, wodurch

der Magen dilatiert wird; außerdem reizt die Kohlensäure die Magenschleimhaut. Vf. gebraucht das zitronensaure Natron, das weniger energisch wirkt und auch nicht reizt. Gegen bestehende Obstipation ist Magnesia usta zu empfehlen. Ein gutes Präparat ist Magnesia ammon.-phosphoric., welches neben seiner leicht abführenden auch säuretilgende Eigenschaften besitzt. Auch die zitronensaure Magnesia wirkt leicht abführend und wird von Boas bisweilen verordnet. Bei Neigung zu Durchfällen ist kohlensaures oder phosphorsaures Kalzium, kombiniert, falls notwendig, mit Wismut zu geben. Beim Gebrauch von Alkalien müssen folgende Regeln beobachtet werden: Je weniger gegessen wird, desto geringer muß die Dosis der Alkalien sein; die Alkalien müssen 2—3 Stunden nach dem Essen eingenommen werden; einmal ist genügend nach dem Mittagessen, allenfalls auch nach dem Frühstück, falls zweimal täglich gegessen wird. Nach geringeren Speiseaufnahmen genügt ein Glas Mineralwasser. Die Mineralwässer, die Soda und schwefelsaure Salze enthalten, wirken säuretilgend; besonders günstig ist die Wirkung der Thermalquellen, deren erste Stelle Karlsbad und Neuenahr einnehmen.

Die Therapie der Hyperazidität und Hypersekretion muß hauptsächlich für die Beseitigung von Reizeinflüssen sorgen, was durch eine strenge Diät zu erreichen ist. Alle übrigen Medikamente können die diätetische Behandlung unterstützen, nicht aber ersetzen. — (Nach Russ. med. Rundschau, Nr. 9, 1904; Therapia Nr. 4, 1904.) F. L.

Beitrag zur Frage des Bakteriengehaltes und der Haltbarkeit des Fleisches bei gewöhnlicher Aufbewahrung. Von Anton Marxer.

Die Arbeit berücksichtigt und führt namentlich nicht weniger als 88 einschlägige Publikationen an. Ihr Ergebnis ist kurz folgendes: 1. Für die Beurteilung der Haltbarkeit und des Eintrittes der Zersetzung des Fleisches muß die bakteriologische Untersuchung entscheidend sein. 2. Fleisch steht an der Grenze der frischen und zersetzten Beschaffenheit und muß als suspekt angesehen werden, wenn 1 g Millionen Keime enthält oder wenn darin eine Proteusart in größerer Ansammlung getroffen wird. 3. Die verschiedenen Fleischarten haben keine spezifischen Bakterien. Vielmehr finden sich die am häufigsten darin nachweisbaren in sämtlichen Fleischgattungen. 4. Bac. proteus vulg. besitzt die Eigenschaft, Eiweiß bei hohen und niederen Temperaturen direkt anzugreifen und zu zersetzen. — (Inaug.-Diss., Bern 1903.) F. L.

Die innere Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von Prof. Dr. Stiller in Budapest.

Nach der Ueberzeugung des Vfs. gibt es kein Mittel, welches imstande wäre, einen Zyklus sich wiederholender Kolikanfälle so sicher abzubrechen, wie das Salizylat. Er hat eine Reihe von Fällen zu verzeichnen, wo Kranke mit fortwährenden Schmerzanfällen, mit schwerer Dyspepsie und Erbrechen und fast ganz behinderter Nahrungsaufnahme im Laufe von einigen Wochen 10—15 kg verloren und unter Salizylbehandlung in 10 bis 14 Tagen, von Schmerz, Brechreiz, Erbrechen und Dyspepsie befreit, um mehrere Kilogramm zunahmen. Seine Behandlungsweise ist sehr einfach. Er verordnet das Mittel nur in der anfallsfreien Zeit und gibt selten mehr als $^1/_2$ g viermal täglich, entweder in Lösung 5·0 : 150·0 täglich vier Eßlöffel oder als Pulver in einem halben Glas eines alkalischen Säuerlings aufgelöst. Wo es sich um sehr gehäufte Anfälle handelt, wird der Patient immer bis zur eintretenden Besserung im Bett gehalten, in milderen Fällen im Zimmer so lang, bis die Schmerzhaftigkeit der Leber verschwunden ist. Die Kost bleibt mindestens einige Tage eine sehr strenge, vorwiegend flüssige; als Getränk ein alkalischer Säuerling. Bei interkurrierenden Anfällen Morphiuminjektion. Auch nach eingetretener Besserung läßt Vf. das Salizylat und warme Leinsamenmehlumschläge gewöhnlich vier Wochen

lang fortsetzen. Die landläufige Ansicht, Kranke mit heftigen und gehäuften Anfällen dringend und sofort nach Karlsbad zu schicken, hält Vf. für verfehlt. Er rät in solchen sehr heftig einsetzenden Fällen immer erst eine 3—4wöchentliche Salizylkur an, da er sich überzeugt hat, daß eine Kur in Karlsbad, solange starke örtliche Empfindlichkeit besteht, meist durch neue Anfälle unterbrochen oder unmöglich gemacht wird. Er rät die vorausgehende beruhigende Salizylkur umso eher an, da Kranke mit gehäuften Anfällen während der Kur in Karlsbad nicht die absolute Ruhe einhalten können, die in solchen Fällen unumgänglich notwendig ist.

Zur Erhöhung der analgetischen Wirkung des Salizylats setzt Vf. jeder Dose desselben 0·01 Extr. Belladonnae oder in Lösung 3—4 Tropfen der Tinktur hinzu, in der Absicht, den spastischen Zustand der durch die Steine gereizten Blase oder der Gallengänge günstig zu beeinflussen. Nach der ersten 3—4wöchentlichen Salizyl-Belladonnakur, der eine nachträgliche Kur in Karlsbad folgen kann, läßt er im Laufe desselben Jahres, selbst bei vollständigem Stillstand des Leidens, noch 2—3mal eine mehrwöchentliche mildere reine Salizylkur folgen, etwa dreimal täglich 0·5, dabei ohne Beschränkung der Bewegung oder der Diät. Die besten Erfolge mit diesem Verfahren sah Vf. bei jener Form, wo die Steine noch in der Blase sind und sich wiederholt in den Ductus cysticus eindrängen und einklemmen. — In dem Stadium der sogenannten erfolglosen Kolikanfälle kann die Wirkung des Mittels nur darin bestehen, daß es die Entzündung der Blase und ihres Halses bessert, den Reizzustand vermindert und nach Abschwellung der Schleimhaut durch den vermehrten Strom dünnflüssiger Galle die im Blasenhals und Zystikus sitzenden Steine mobilisiert und in die Blase zurückschwemmt. Damit ist der Latenzzustand hergestellt, der Jahre lang dauern kann. — Bei akutem Choledochusverschluß, wo nach einer Reihe von Kolikanfällen plötzlich ein deutlicher und anhaltender Ikterus auftritt, kann die Wirkung des Salizyls nur in einer wirklichen Abtreibung des Steines bestehen. Die günstige Wirkung des Mittels hat sich auch in solchen Fällen dem Vf. bewährt, wo gar keine Koliken vorhanden waren, sondern nur Erscheinungen von Cholezystitis und Perihepatitis vorlagen. Die Möglichkeit der Heilung einer Cholezystitis durch Salizyl ist dadurch gegeben, daß dasselbe in die Galle übergeht und daher seine desinfizierende Wirkung in dem ganzen Kanalsystem zur Geltung bringen kann. Zum Schlusse betont Vf., daß mindestens 90% der Gallensteinkranken nicht in der Lage sind, jahrelang oder auch nur einmal nach Karlsbad zu gehen, während sie durch die Salizylkur, wenn rationell und ausdauernd gebraucht, ebenso sicher geheilt werden können. — (Wiener med. Wochenschr. Nr. 1, 1905.)

F. L.

Physikalische Therapie.

Die Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung mittels diätetischer und physikalischer Therapie. Von Luzenberger.

Die Ursache einer chronischen Obstipation ist eine sehr verschiedene, bald ist es die sogenannte „sitzende Lebensweise“, bald die zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, dann wieder der augenblickliche Zustand des Nervensystems etc. Was zunächst die diätetische Behandlung der Obstipation anlangt, so ist hervorzuheben, daß eine gemischte Kost das zweckmäßigste Regime ist. Dabei ist zu beachten, daß neben einer genügenden Menge von Nahrung auch genügende Quantitäten von Flüssigkeiten zugeführt werden müssen. Da Fleisch und Eier zu wenig Residualstoffe geben, welche die Peristaltik anregen, so ist es zweckmäßig, vegetabile Breikost, wie Spinat, Gartensalat, Spargel u. s. w., zu verabreichen. Tee und Rotwein sind wegen ihres Gerbsäuregehaltes nicht empfehlenswert. Auch kalkhaltiges Wasser soll, wenn nicht gleichzeitig Magnesinsalze vorhanden sind, stopfend wirken.

Falls auf diätetischem Wege allein die Obstipation zu wenig beeinflußt wird, kann man versuchen, durch mechanische Therapie, also die verschiedenen Arten

der Bauchmassage und Zwerchfellgymnastik, oder durch hydro- und elektrotherapeutische Maßnahmen eine Heilung herbeizuführen.

Es würde zu weit führen, in einem Referate alle Methoden zu besprechen, welche der physikalischen Therapie bei der Behandlung des genannten Leidens zur Verfügung stehen und von v. Luzenberger erwähnt werden. Die Details müssen im Original nachgelesen werden, welches zwar nicht überall Neues bietet, aber als eine gute Zusammenstellung unseres therapeutischen Handelns seitens eines erfahrenen Praktikers Beachtung verdient. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 11, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Konstante Wärmeapplikation. Von K. Ullmann.

Die physiologischen Wirkungen der konstanten Wärme werden dahin präzisiert, daß die Ergebnisse sich nach der Temperaturzone, der relativen Trockenheit der Anwendung, sowie nach der Wärmekapazität des zuleitenden Mediums richten. Das nächstliegende physiologische Resultat ist eine Vermehrung der durchströmenden Blutmenge und infolgedessen eine Erhöhung der resorptiven und bakterienfeindlichen Wirkungen. Weitere Wirkungen sind: Steigerung des lokalen Blutdruckes und reflektorische Tiefenwirkungen im Bereich der Kollateralbahnen. Während bei trockener Wärme, also speziell bei der Heißluftbehandlung, die Temperatursteigerung eine sehr hohe, sogar bis zu 180° C. sein kann, bleibt die Temperatur bei der feuchten Wärmeapplikation eine sehr viel niedrigere. Es ist hier weniger die Intensität als die Quantität maßgebend und die Wirkung wird erzielt durch Verlängerung der Prozeduren, sowie durch die beträchtlichere Tiefenwirkung, die eventuell durch eine vorsichtige Behinderung in der Zirkulation des behandelten Körperteiles noch gesteigert werden kann. Die Temperaturgrade für einzelne Teile sind in folgender Skala berücksichtigt:

1. Genitale, äußere Bedeckung 41·0—42·0°; 2. Haut der Extremitäten und des Rumpfes, Ohrenmuschelgegend 41·5—43·5°; 3. Haut des Gesichtes, Augenlider und Dorsum manus 42·0—43·0°; 4. Schleimhaut der männlichen Urethra 42·5—44·0°; 5. Kopfhaut, dicht behaarte Gesichts- und Rumpfpartien 42·5—43·0°; 6. Schleimhaut der weiblichen Urethra und des Uterus 42·5—44·0°; 7. Schleimhaut der weiblichen Vagina und des Rektums 42·5—45·5°.

Die Indikationen finden zum Teil eine ausführliche Besprechung, so die Behandlung der Sexualorgane, insbesondere der männlichen Urethra. In der Gynäkologie ist von besonderer Bedeutung der Thermokalpeurynter Mirtls. Auch andere Gebiete, wie die Ophthalmologie und die Dermatologie, liefern mehrere zur Behandlung geeignete Krankheitsbilder. Auf dem Gebiete der inneren Medizin eignen sich besonders die Gelenksleiden, einige akute Erkrankungen, wie die Parolitis epidemica, Pleuritis exsud. und viele laryngologische Fälle. Von Allgemeinerkrankungen sind hervorzuheben: die Schmerzstillung, die Resorption von Entzündungsprodukten, Wundheilungen, Geschwürsreinigungen und Avirulisierung oberflächlicher Infektionsstellen. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 11, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Ueber den Einfluß des alpinen Klimas auf Nephritis und „zyklische" Albuminurie. Von Edel.

Vf. hat bei vier Nephritikern, die in Engelberg (Schweiz 1020 m ü. d. M.) ihren Aufenthalt nahmen, eingehende Beobachtungen über Blutdruck und Herztätigkeit gemacht und ist zu folgendem Resultat gekommen: Erhöhter Stand des Blutdruckes in der Ruhe um zirka 25 mm Hg, weiteres Ansteigen desselben bei Bergtouren ohne Tendenz des Sinkens beim Abstieg. Mit Rücksicht auf die bei Nephritis ohnehin bestehende Neigung zu erhöhter Gefäßspannung sind daher Einflüsse, die eine dauernde Steigerung des Blutdruckes hervorrufen, zu vermeiden und infolgedessen solchen Patienten ein alpiner Aufenthalt zu verbieten. Auch der Umstand, daß E. bezüglich der Herztätigkeit eine

günstigere Wirkung dieses Klimas konstatieren konnte, bildet keine genügende Kompensation, um Gefahren heraufzubeschwören, die dem Herzen durch Zunahme der Widerstände drohen. Ganz anders verhält es sich bei der sogenannten „zyklischen“ Albuminurie, wo wir eine Steigerung des Blutdruckes und eine Kräftigung des Herzens hervorzurufen beabsichtigen, weshalb auch ein alpiner Aufenthalt auf derartige Patienten nur von günstigem Einfluß sein kann. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 11, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Radikalheilung einer eitrigen Kniegelenkentzündung durch Behandlung mit Sauerstoffgas. Von Dr. Stouffs.

Die vollständige Heilung einer eitrigen Kniegelenkentzündung ohne Zurückbleiben einer Ankylose ist unstreitig ein bemerkenswerter Erfolg. Es handelt sich um eine Schußverletzung des Kniegelenks durch ein Projektil vom Kaliber 9 mm bei einem jungen Mann. Das Geschoß saß im oberen Rand der Patella fest, hatte diese der Länge nach gespalten und auf diese Weise das Gelenk breit eröffnet. Erst am Abend des auf die Verletzung folgenden Tages kam der Patient in Behandlung; das Geschoß wurde entfernt, die Gelenkhöhle mit Wasserstoffsuperoxyd ($H_2 O_2$) ausgespült. Es trat eine Gonitis purulenta ein, am Morgen des vierten Tages Temperatur 39·8°. Es wurde eine Kontrainzision an der Außenseite gemacht und dann eine gründliche Ausspülung des Gelenks mit H_2O_2-Lösung vorgenommen. Dann ließ Vf. durch ein in das Gelenk durch die Gegenöffnung eingeführtes Drainrohr drei Stunden lang Sauerstoffgas nach der Methode Thiriacs (franz. Chir.-Congr. 1903) einströmen. Bei dem hierauf folgenden Verbandwechsel war das Sekret nur noch trüb serös, Schwellung, Rötung, Schmerzhaftigkeit u. s. w. waren bedeutend zurückgegangen, das Allgemeinbefinden schon gebessert. Nach dem zweiten Sauerstoffbehandlungstage war schon Entfieberung eingetreten (Temp. 37·0° und 37·2°) und die Sekretion fast Null. Am dritten Tage konnte man schon passive Bewegungen vornehmen; nach sieben Sauerstoffbehandlungstagen wurden die Sauerstoffeinströmungen eingestellt, weil die eine Oeffnung schon geschlossen war, und so das Gas nicht mehr durchströmen konnte, und das Bein wurde von diesem Tage an massiert und passiv bewegt. Drei Wochen nach der Verletzung konnte der Patient schon mit einer einfachen Drahtschiene umhergehen, nach fünf Wochen waren aktive Beugungen in großem Umfange gut und ohne Beschwerden möglich, und nach drei Monaten konnte Patient nach gründlicher ärztlicher Untersuchung als Eisenbahnarbeiter angestellt werden, war also vollkommen wiederhergestellt. — (Presse méd. belgé, November 1904.) Klar, Heidelberg.

Ueber die Dauerresultate der Saphenaunterbindung bei der Behandlung der Varizen. Von Max Goerlich. (Aus der Tübinger chirurg. Klinik: Prof. v. Bruns.)

Die Angaben der Autoren über die Dauerheilerfolge der Trendelenburg'schen Operation bei den Varikositäten der unteren Extremitäten bewegen sich zwischen 56% und 87·5%. In der Tübinger chirurgischen Klinik wurden im Verlaufe von 11½ Jahren 108 Fälle von Unterschenkelvarizen nach Trendelenburg operiert, 63 Männer und 45 Weiber. Die jüngste Patientin war 13 Jahre alt, der älteste Patient 68 Jahre; 26 Patienten wurden im 3., 25 im 4. und je 24 im 5. und 6. Lebensjahrzehnt operiert. Beiderseitige Varizen waren bei 66 Fällen vorhanden; die Saphenaunterbindung wurde am rechten Bein 30mal, am linken Bein 39mal und beiderseits ebenfalls 39mal ausgeführt. Unterschenkelgeschwüre bestanden zur Zeit der Operation in 70 Fällen, also in 64·8%. Die Trendelenburg'sche Operation wurde 78mal unter Lokalanästhesie und 15mal in allgemeiner Narkose, darunter fünfmal im Aetherrausch, ausgeführt, über 15 Fälle fehlen die diesbezüglichen Angaben. In den früheren Jahren nahm man die Unterbindung der Vene meist von einem Längsschnitt oder Schrägschnitt

aus vor, in den letzten Jahren machte man fast ausschließlich Querschnitte. Thrombosen nach der Operation kamen 15mal vor, darunter zwei Fälle mit Fieber. In zwei Fällen traten Komplikationen ein, die mit größter Wahrscheinlichkeit auf Lungenembolie zurückzuführen waren, einmal am 5. und das anderemal am 10. Tage nach der Operation; in der reichen Literatur wurden im ganzen vier Fälle von Embolie nach der Saphenaunterbindung berichtet, von denen keiner letal verlief.

In der Regel durften die Patienten das Bett zwei Wochen nach der Operation verlassen, sie bekamen dann meistens noch einen Zinkleimverband für weitere zwei Wochen.

Vf. konnte von 29 Patienten, die an 39 Beinen operiert waren, mittels Fragebogen Auskunft über ihr Befinden einholen, von 28 erhielt er keine Nachricht, 51 konnte er persönlich nachuntersuchen; von den letzteren waren 14 rechts, 19 links und 18 an beiden Beinen operiert. Von denen, die schriftlich berichteten, gaben sechs an, gänzlich beschwerdefrei zu sein, 14 berichteten über Besserung, 6 waren angeblich nicht gebessert; an 14 Beinen von diesen 39 Operationen bei 29 Patienten war die doppelte Ligatur und Durchschneidung der Vene ausgeführt worden, an 25 Beinen Resektion der Vene zwischen den Ligaturen. Bei den 69 Operationen der 51 nachuntersuchten Fälle war 29mal doppelte Ligatur mit Durchschneidung und 40mal doppelte Ligatur und Resektion eines Venenstückes vorgenommen worden.

Die Zeit, die zwischen Operation und Nachuntersuchung verflossen war, schwankt zwischen 1—2 und 11—12 Jahren. Subjektiv befriedigende Operationsresultate wurden von 84% der Fälle angegeben; wesentlich ungünstiger aber war das Ergebnis der objektiven Untersuchungen. Nach 42 Operationen, also bei 60·86%, hatte sich die Verbindung der beiden durch die Operation getrennten Venenstücke wiederhergestellt, der Trendelenburg'sche Versuch war also wieder positiv, volle Erfolge waren nur in 19 Fällen (27·54%) festzustellen, Anastomosen von Kollateralen her (Vena saphena parva und pudenda externa) fünfmal und rezidivierende Ulzera, bezw. Oedeme bei Unterbrechung der Strombahn in der Narbe bei drei Fällen. Die besten Ergebnisse waren nach dem Querschnitt im oberen Drittel des Oberschenkels mit doppelter Ligatur und Resektion eines Venenstückes eingetreten. Den Umstand, daß in so vielen Fällen, in denen die Strombahn der Saphena magna sich auf die eine oder andere Weise wieder hergestellt hatte, die Patienten trotzdem beschwerdefrei blieben, versucht Vf. damit zu erklären, daß sich in der Zeit, welche zur Wiederherstellung einer neuen Bahn erforderlich war, Veränderungen in den benachbarten Venenverzweigungen ausgebildet haben, die einen genügend schnellen Abfluß des Venenblutes der Extremität gewährleisten und die für Varizen charakteristischen Ernährungsstörungen nicht wieder aufkommen lassen. Vf. meint daher, daß trotz der großen Zahl der objektiven Mißerfolge der Trendelenburg'schen Operation der Vorzug zu geben sei vor der totalen Ausschälung aller varikösen Venenäste, einer viel eingreifenderen Operation. Zum Schlusse gibt Vf. die ausführlichen Krankengeschichten der 51 persönlich nachuntersuchten Fälle. — (Bruns Beitr., Bd. 44, H. 2 u. Inaug.-Diss., Tübingen 1904.)

Klar, Heidelberg.

Tuberkulöse Gelenkentzündung bei Kindern. Von Hoffa.

Vf. stellte in der Postgraduate School in New-York im Juni 1904 folgende Leitsätze für die Behandlung der tuberkulösen Arthritiden auf:

1. Die Behandlung soll möglichst konservativ sein; drei Viertel der so behandelten Fälle heilen aus.

2. Wenn die Behandlung frühzeitig beginnt, heilen manche Fälle, ohne eine Funktionsstörung zurückzulassen, gewöhnlich aber entsteht eine Ankylose des befallenen Gelenkes.

3. Ankylose ist oft unvermeidlich bei Fällen, bei denen eine Zerstörung des Gelenkes stattgefunden hat. Kontraktur des Gelenkes ist immer die Folge von unge-



nügender Behandlung, besonders fehlender oder zu kurz beibehaltener Feststellung des Gelenkes.

4. Vollständige Wiederherstellung der Gesundheit tritt bei konservativer Behandlung in zwei bis drei Jahren ein.

5. Wenn irgend möglich, soll man das Kind für ein ganzes Jahr an die See schicken.

6. Schmierseifeneinreibungen sind ein gutes Hilfsmittel. Lebertran, Arsen und Jodkali sind des Versuches wert.

7. Die beste Methode der Lokalbehandlung ist: Ruhigstellung des Gelenkes, ständige Extension und Injektion von 10 cm^3 einer 10%igen Jodoformglyzerinemulsion in das Gelenk oder, falls ein Abszeß vorhanden ist, in die Abszeßhöhle nach deren Entleerung.

8. Während des „floriden Stadiums", d. h. so lange Schmerzen oder Fieber vorhanden ist, muß der Patient im Bett gehalten werden.

9. Sind keine Schmerzen vorhanden, so kann man den Patienten umhergehen lassen.

10. Die ambulatorische Behandlung besteht im Tragenlassen eines gutsitzenden Gipsverbandes oder, noch besser, eines Schienenhülsenapparats.

11. Vor der Anlegung des immobilisierenden und extendierenden Verbandes sind etwa bestehende Kontrakturstellungen zu verbessern.

12. Die Verbesserung der Kontrakturen ist langsam auszuführen durch Gewichtextension oder durch einen Apparat, oder schneller in Narkose. Brüske Stellungskorrektur auf einmal sollte nie ausgeführt werden; bei schwereren Fällen ist die Verbesserung der Stellung in Etappen auszuführen mit jedesmaligem Gipsverband.

13. Anwesenheit einer Eiterung ist nicht unmittelbare Indikation zur Operation, sie bietet aber auch keine Kontraindikation gegen die ambulatorische Behandlung.

14. Abszesse sind zu punktieren und alle 2—3 Wochen mit Jodoforminjektionen zu behandeln. Eine neue Injektion darf nicht eher vorgenommen werden, bevor die von der vorhergehenden verursachten Schmerzen und die Temperaturerhöhung geschwunden sind. Die Injektionen sind so lange fortzusetzen, bis die Punktion keinen Eiter mehr ergibt.

15. Die Eröffnung kalter Abzesse ist zu vermeiden wegen der Gefahr der Fistelbildung und der der septischen Infektion. Breite Eröffnung ist vorzunehmen nur dann, wenn der Abzeß dauernd Schmerzen verursacht und auf Punktionen und Jodoforminjektionen nicht zurückgeht, oder wenn Perforationsgefahr besteht, oder wenn der ursprüngliche Krankheitsherd ausgeheilt ist.

16. Konservative Behandlung ist auch anzuwenden beim Vorhandensein aseptischer Fisteln, die ja oft spontan heilen.

17. Bei einigen Formen der Gelenktuberkulose ist die Biersche Stauungshyperämie eine gute Behandlungsmethode.

18. Die nach tuberkulösen Gelenkentzündungen zurückbleibenden Kontrakturen sind entweder mit orthopädischen, mechanischen Maßnahmen oder mit Operation zu behandeln (Osteotomie, Resektion etc.).

19. Wenn die konservative Behandlung trotz aller Sorgfalt versagt, wenn sich neue Abszesse entwickeln und Lebensgefahr dadurch eintritt, wenn infizierte Fisteln bestehen oder große Sequester sich bilden, und schließlich, wenn die Tuberkulose sehr schnell fortschreitet, dann ist zu radikaler Operation zu raten.

20. Die operative Behandlung ist so konservativ als möglich zu gestalten; anstatt typischer Resektionen sind atypische anzuwenden oder Arthrektomien. Die Epiphysenlinien sind besonders bei Kindern zu schonen.

21. Bei strenger Asepsis ist die Prognose der Resektion sehr gut.

22. Nach der Resektion eines tuberkulösen Gelenkes ist Ankylose in guter Stellung anzustreben.

23. Kontrakturen sind nach der Resektion oder Arthrektomie zu verhüten durch Gipsverband oder Hülsenapparat.

24. Amputation ist in Betracht zu ziehen nur bei solchen Fällen, bei denen eine deutliche Zerstörung des ganzen Gelenkes und gleichzeitig Tuberkulose oder



amyloide Degeneration innerer Organe bestehen. — (The Therapeutic Gazette, Nr. 1, 1905.) Klar, Heidelberg.

Ulcus und Carcinoma ventriculi vom chirurgischen Standpunkt. Von Dr. W. J. Mayo in Rochester.

Während früher nur auf die Aenderung des Chemismus des Magens bei Ulcus ventriculi Wert gelegt wurde, ist jetzt die Störung der motorischen Funktion, wie sie sich besonders bei den Ulcera pylori ausbildet, in den Vordergrund des Interesses gerückt. Infolge der Stauung kommt es im Magen zur Bildung von Fermenten und Fäulnisprodukten, die in hochgradigen Fällen zum Exitus an Toxämie Veranlassung geben können. Bei hochgradigem Passagehindernis sinkt die tägliche Urinmenge unter 500 cm^3. Die Magenausspülung bringt zwar vorübergehende Erleichterung, stellt aber keine eigentliche Kur dar, ebensowenig wie die Blasenspülungen bei Prostatahypertrophie. Als ätiologische Momente für das Magengeschwür kommen vor allem: Anämie, Hyperchlorhydrie und mechanische Läsionen der Schleimhaut in Betracht. Bei 88% der Fälle sitzt das Geschwür im Magen, bei 12% im Duodenum. In 20% findet man mehr als ein Ulkus, gewöhnlich stehen sich dann je zwei gegenüber (Abklatschgeschwür, wie bei tuberkulösen Darmgeschwüren, Ref.). Die Symptome des Magengeschwüres sind besonders: krampfartige Schmerzen nach der Mahlzeit, Erbrechen, selten profuse Hämatemesis. Die Anämie, die besonders bei chronischem geringen Blutverlust besteht und ein durch Adhäsionen hervorgerufener palpabler Tumor in der Nähe des Pylorus, der leicht mit einem Karzinom verwechselt werden kann und so zu Fehldiagnosen Veranlassung gibt, leiten auf die Diagnose hin. Hervorzuheben ist, daß auch beim chronischen Magengeschwür Drüsenschwellungen im Mesenterium vorkommen, wodurch auch bei der Autopsie in vivo die Differentialdiagnose gegen Karzinom oft sehr erschwert wird.

Wenn sich bei konservativer Behandlung der Zustand nicht in 1—2 Monaten beträchtlich bessert, so soll man operieren (Gastroduodenostomie, Exzision des Ulkus oder Gastroenterostomia posterior). Auf die chemische Untersuchung ist in diesen Fällen ebensowenig sicherer Verlaß, wie beim Karzinom. Da die Frühoperationen der Karzinomfälle des Magens keineswegs eine schlechte Prognose bieten (Mortalität 10—20%), so rät Vf., in dubiösen Fällen nicht mit der Probelaparatomie zu zögern, besonders da die schwerere Symptome machenden Karzinome meist nicht mehr operabel sind. Am frühesten werden gewöhnlich die Pylorustumoren bemerkt, wegen der durch ihr Wachstum verursachten Obstruktion. — (Medical News, Nr. 16, 1904.)

Lewisohn, Heidelberg.

Ueber Tuberculoma coli und Kolonoperationen. Von Dr. Winselmann in Krefeld.

Unter Tuberculoma coli versteht man nach Vorgang französischer Autoren die isolierte Tuberkulose des Anfangsteiles des Dickdarmes, speziell des Cökums; im Gegensatz zu der allgemeinen multiplen Darmtuberkulose kommt es hier durch starke Bindegewebswucherung zur Bildung eines palpablen Tumors. Gerade das Cökum ist, infolge der durch die Bauhinsche Klappe verursachten Kotstauung mit sekundärer Schädigung der Schleimhaut, eine Prädilektionsstelle für die Ansiedlung von Tuberkelbazillen. Im Anschluß an einen Operationsbericht (Resektion von Cökum, Colon asc. u. Stück des Colon transversum) bespricht Vf. die Gefahren der Kolonoperationen, die einerseits darin bestehen, daß nach Abbindung der Mesenterialgefäße im Bereich des zu resezierenden Darmabschnittes, die Ernährung der Resektionsstümpfe notleidet und zur Gangrän führt, anderseits auf einer Nahtsprengung durch die festen Kotmassen basieren. Um die letztere Gefahr zu beseitigen, schlägt Vf. vor, bei allen Kolonoperationen die Enteroanastomosis ileo-sigmoidea anzuschließen, die in Ablösung des Ileums vom Dickdarm und Einpflanzung in die Flexur besteht. Gegenüber anderen Autoren behauptet Vf., auf Grund eigener Erfahrung, daß die totale Kolonausschaltung von den

Patienten gut vertragen wird und nicht einmal die normalen Stuhlverhältnisse erheblich ändern soll. Auch bei inoperablen, stenosierenden Karzinomen im Bereich des Dickdarmes, bei Dysenterie, Aktinomykose und sonstigen schweren Dickdarmerkrankungen ist dieses Verfahren dem Anus artificialis, speziell auch wegen der größeren Annehmlichkeit für die Patienten, bei weitem vorzuziehen. Wie sich die Technik bei Operationen in den verschiedenen Dickdarmabschnitten im einzelnen gestaltet, ist im Original nachzulesen. — (Wien. klin. Rundschau, Nr. 2 u. 3, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Laryngologie und Rhinologie.

Zur Behandlung des akuten Schnupfens. Von Prof. Dr. A. Henle.

Vf. kam bei einem sehr heftigen akuten Schnupfen, den er selbst akquiriert hatte, auf den Gedanken, einen Versuch mit Bier'scher Stauung zu machen. Abgesehen von günstigen Erfahrungen bei anderen entzündlichen Erkrankungen, glaubte er gemäß der die Sensibilität herabsetzenden Wirkung der Hyperämie mindestens auf ein Nachlassen der unangenehmen Gefühle, die der Schnupfen mit sich bringt, rechnen zu dürfen. Vf. legte sich also eine Gummibinde um den Hals, und zwar unter verhältnismäßig geringem Druck von etwa 25 mm Quecksilber gegenüber dem an den Extremitäten benötigten Drucke von 50—60 mm, der am Halse nicht vertragen wird. Es entstand deutliche Füllung der Venen und bläuliche Verfärbung des Gesichtes und sofort begannen die lästigen Erscheinungen (Sekretion aus der Nase, Kitzeln in derselben, Tränenträufeln) abzunehmen. Nach einer Stunde nahm Vf. die Binde ab und legte sie zwei Stunden später, da das Kitzeln in der Nase wieder begonnen hatte, für drei Stunden wieder an. Danach verschwanden die lästigen Erscheinungen dauernd. Dann wendete Vf. das Verfahren noch bei fünf Kranken an und erzielte in vier Fällen denselben raschen und vollkommenen Erfolg; im fünften Falle handelte es sich um Steigerung eines chronischen Prozesses. Einige der Kranken haben auch mit Freude konstatiert, daß, entgegen ihren sonstigen Erfahrungen, diesmal kein Husten zum Schnupfen hinzugetreten ist. Das Verfahren kann also jedenfalls versucht werden, da es ja, wenn man Personen mit rigiden Arterien von der Behandlung ausschließt, absolut ungefährlich ist. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6, 1905.)

Weil.

Inhalation von phenylpropiolsaurem Natron gegen Kehlkopf- und Lungentuberkulose. Von Dr. Bulling.

Vf. berichtet neuerdings über 50 Fälle von Tuberkulose, die mit diesen Inhalationen (von $^1/_2$% wöchentlich steigend bis zu 3% Lösung) behandelt wurden, darunter fünf Fälle von tuberkulösen Larynxgeschwüren. In vier Fällen waren nach Beendigung der acht bis zehnwöchentlichen Kur die Ulzera geheilt, in einem Falle war der Geschwürsgrund mit schön aussehenden Granulationen bedeckt. Die Stimme war bei allen gebessert, die Schmerzempfindung behoben. In einem von Dr. Veth in Lussinpiccolo behandelten Falle hatte ein 24jähriger Mann neben schwerer fieberhafter Lungentuberkulose ausgedehnte Geschwüre des Larynx (mit vollständiger Aphonie), der hinteren Rachenwand, der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens und teilweise auch des Zahnfleisches. Patient konnte den Mund kaum öffnen und nur wenig Flüssigkeit schlucken. Neben den Inhalationen machte Vf. Pinselungen der Geschwüre mit 25%iger Lösung, welche nach drei Wochen eine ganz ungeahnte, gerade überraschende Besserung bewirkten. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1905.)

Weil.

Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Phenosalyl. Von Dr. M. W. Dempel.

Das Phenosalyl, welches von Doktor Christmas in die Praxis eingeführt wurde, besteht aus Karbol-, Salizyl-, Benzoe- und Zitronensäure, Glyzerin und ätherischen Oelen und soll in seiner bakteriziden Kraft gleich nach dem Sublimat

kommen. Vf. wendete es gegen Larynxtuberkulose nach vorheriger Anästhesierung der Schleimhaut mittels Kokain-Antipyrinlösung zunächst nach der Vorschrift v. Steins in 3—5%iger Glyzerinlösung an; da aber viele Kranke vom Glyzerin Brechreiz bekommen, nahm er dann eine 3%ige wässerige Lösung. Konzentriertere Lösungen machen Schmerzen, hauptsächlich die wässerigen; die Glyzerinlösungen scheinen milder zu wirken. Bei geringeren Graden der spontanen Schmerzen konnte die Kokainisierung nach drei- bis viermaliger Behandlung schon entbehrt werden. Bei leichten Geschwüren und Erosionen sah Vf. bisweilen auffallend rasch — schon nach 3—5 Pinselungen — Heilung eintreten, und zwar vollkommen unabhängig vom Grade der Lungenaffektion und vom Allgemeinzustande. Mehrere solche Fälle legen unzweideutiges Zeugnis von der günstigen Wirkung des Mittels ab. Mäßige Infiltrationen machen eine länger fortgesetzte Anwendung des Phenosalyls erforderlich, bedeutende zeigten nur eine bemerkenswerte Besserung. Der Einfluß des Mittels auf die Schlingschmerzen war zwar kein so glänzender, wie v. Stein angibt, aber immerhin ein günstiger. — (Therap. Monatsh., April 1905.) Weil.

Augenheilkunde.

Sind mit Tinte verunreinigte Verletzungen des Auges besonders gefährlich? Von Dr. Haas.

Vf. hatte Gelegenheit, nachfolgende zwei Fälle zu beobachten:

Ein 10jähriger Junge wird von seinem Mitschüler beim Spielen mit einem Federhalter ins Auge gestoßen; das sofort nach der Verletzung untersuchte Auge zeigte Lichtscheu, Tränenfluß und starke Injektion; in der Hornhaut dicht unterhalb des Zentrums eine etwa 2 mm lange, etwas bogenförmige Wunde, in welche die Iris mit der unteren Hälfte des Pupillarrandes eingeklemmt war. Die ganze Wunde, die Hornhaut in der Umgebung derselben und das eingeklemmte Irisstück waren von Tinte geschwärzt. Die vordere Kammer war völlig aufgehoben, die Linse anscheinend nicht verletzt. T—2. Die Therapie bestand in Ausspülung des Bindehautsackes mit 3%iger Borsäurelösung, Applikation von Skopolaminsalbe (0·02 : 10·00) und Verband.

Schon am folgenden Tag war das Auge bedeutend reizfreier: die Vorderkammer hergestellt, der Iriszipfel hatte sich aus der Kornealwunde herausgezogen. Unter der obenerwähnten Therapie und Anwendung von Dioninsalbe trat vollständige Restitutio ad integrum ein.

Bei dem anderen zur Beobachtung gelangten Patienten hat die Stahlfeder das obere Lid und die Sklera durchbohrt, der Stichkanal im Lid war mit Tinte infiltriert; in der Sklera befand sich eine einige Millimeter lange, halbmondförmige, bereits völlig verklebte, ebenfalls tintengeschwärzte Wunde, in deren Umgebung sich leichte oberflächliche und auch tiefe Gefäßinjektion bemerkbar machte. Die vordere Kammer war außerordentlich tief, die Iris schlotterte, Linse, Augenhintergrund normal, T—2. Sehschärfe 5/50.

Unter Skopolamineinträufelung und Anwendung feuchter Wärme trat auch in diesem Falle Heilung ein, bis auf die blauschwarzen Narben auf der Außen- und Innenseite des Oberlides, sowie in der Sklera. Die vordere Kammer wird wieder normal, ebenso die Sehschärfe; von Irisschlottern keine Spur.

Die Symptome nach der Verletzung erklärt Vf. damit, daß Glaskörper abgeflossen ist; daher Irisschlottern und Herabsetzung des intraokularen Druckes. Während der Behandlung hat sich Ersatzflüssigkeit im Glaskörper gebildet und so die Restitutio ad integrum bewirkt.

Beide diese Fälle beweisen die Richtigkeit der schon von Calendoli gemachten Mitteilung, daß Tinte stark bakterizid wirkt (Typhusbazillen waren in gewöhnlicher schwarzer Tinte bereits nach einer Viertelstunde nicht mehr nachweisbar, ebenso Eiterbakterien, während Tuberkelbazillen noch am vierten Tag lebend und giftig waren).

Vf. schließt sich auf Grund dieser Beobachtungen jenen von Oppenheimer und Heymann an, wonach mit Tinte

verunreinigte Wunden am Auge nicht gefährlich sind. — (Wolffberg, Wochenschr. f. Therapie und Hyg. d. Auges Nr. 18, VIII. Jahrg.) Dr. Jänner.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Endresultate der Nephrorrhaphie. Von Noble.

Vf., der über eine sehr große operative Erfahrung auf diesem Gebiete verfügt, steht auf dem sehr richtigen Standpunkte, daß vorliegende Frage nicht bloß von rein chirurgischer Seite zu beurteilen ist. Er stellt die Wanderniere mit ihren Folgeerscheinungen in eine Parallele mit den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane und dem Heere der nervösen Folgeerkrankungen. So wie bei den Operationen an den Genitalien der Dauererfolg davon abhängt, ob etwa bestehende nervöse Erkrankungen eine unmittelbare Folge des Genitalleidens sind oder ob sie unabhängig von der Genitalerkrankung als zufällige Komplikation bestehen, so kann man bei der operativen Behandlung der Wanderniere nur auf Heilung jener Begleiterscheinungen hoffen, welche eine unmittelbare Folge der Lageveränderung des Organs sind. Auf diesen Umstand ist auch bezüglich der Prognose Rücksicht zu nehmen. — (Sonderdruck, 1903.)

Königstein.

Das Bad als Infektionsquelle. Von Winternitz.

Vf. bezweckt, mit seiner Arbeit nachzuweisen, daß die von verschiedenen Seiten aufgestellte Behauptung, daß das Bad eine Infektionsquelle abgebe und demnach nicht mehr als Vorbereitung für die Geburt in Anwendung zu ziehen sei, nicht als stichhältig bezeichnet werden könne. Er kommt durch scheinbar einwandfreie Versuche zu folgenden Schlüssen: 1. Es konnte nicht nachgewiesen werden, daß Badewasser in die Vagina eindringe. 2. Es werden beim Baden sehr viele Keime vom Körper an das Badewasser abgegeben. 3. Es sollen nur solche Badewannen benützt werden, welche gut gereinigt und desinfiziert werden können. 4. Ein Bad soll nur einmal benützt werden. 5. Wenn eine innere Untersuchung vorgenommen werden soll, muß trotz stattgehabten Bades das äußere Genitale desinfiziert werden. — (Therapeut. Monatsh., 1903.) Königstein.

Ist die Bossi'sche Methode wirklich als ein Fortschritt in der operativen Geburtshilfe zu bezeichnen? Von Dührßen.

Vf. stützt sich in seiner Arbeit auf sämtliche diesbezüglich bisher veröffentlichte Abhandlungen und bespricht jeden einzelnen Geburtsfall, bei welchem der Dilatator von Bossi in Verwendung gezogen wurde. Darauf fußend unterzieht der Vf. die Methode von Bossi einer kritischen Beleuchtung, bei welcher dieselbe sehr schlecht wegkommt. Der Autor fällt ein recht abfälliges Urteil über das Instrument und bezeichnet die Methode nach Bossi weder als eine sichere noch als eine schonende und ungefährliche Entbindungsmethode. Als Fortschritt in der operativen Geburtshilfe kann die Bossi'sche Methode nach der Ueberzeugung des Vfs. unter keinen Umständen angesprochen werden. Die Dilatationsmethode mit dem neuen Instrumente hält einen Vergleich mit anderen modernen Dilatationsmethoden in keiner Richtung hin aus. Weiters wendet sich Vf. gegen Leopold und warnt vor Anwendung der Methode bei Placenta praeria. Vf. macht besonders darauf aufmerksam, daß es von großer Wichtigkeit ist, ob das Collum uteri einen hohen Grad von Elastizität besitze und ob die Zervix verstrichen ist. Wenn eine von den eben angeführten Bedingungen vorhanden ist, dann kann man mit dem Instrument von Bossi Erweiterung erzielen. Doch kann man durch die Anwendung des Metreurynters unter solchen Verhältnissen in der gleichen Zeit dasselbe Resultat erzielen. Wenn jedoch obige Bedingungen nicht erfüllt sind, so können durch das Instrument von Bossi tiefe Zervixrisse verursacht werden oder die Erweiterung gelingt überhaupt nicht so weit, daß eine sofortige gefahrlose Entbindung zu erzielen ist. Vf. kommt dann auf seine eigenen Methoden zu sprechen und betont, daß sich für die Fälle mit wenig elasti-

schem Kollum die von ihm selbst angegebenen Inzisionen, für die, bei denen der Zervixkanal in seiner Gänze erhalten ist, der von ihm angegebene vaginale Kaiserschnitt als Entbindungsmethode sich viel besser eignet, als die Dilatation mit Metalldilatatoren, weil sie einfacher und sicherer sind. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 68, H. 2.)

Königstein.

Ueber Dysmenorrhöe und deren Balneotherapie. Von L. Fellner.

Vf. bespricht vorerst des Ausführlichen das Wesen der Dysmenorrhöe auf Grund der Ansichten älterer und neuerer Autoren und gibt dann eine kurze Uebersicht über die reichen Heilmittel von Franzensbad, deren Verwendung die Zeit hindurch, während welcher die Ansicht vom mechanischen Hindernis die Aetiologie der Dysmenorrhöe beherrschte, sehr vernachlässigt wurde, derzeit aber wieder gebührend gewürdigt wird. Vf. hat während seiner 30jährigen Tätigkeit als Badearzt in Franzensbad mit den dortigen, tatsächlich hervorragenden Heilmitteln bei allen Formen der Dysmenorrhöe gute Erfolge erzielen können. Vf. gibt an der Hand vieler Krankengeschichten eingehende Ratschläge über die Art der Anwendung der verschiedenen Heilmittel: 1. bei organisch bedingten Dysmenorrhöen (Hypoplasia uteri, Uterus infantilis, spitzwinkelige Anteflexion, entzündliche Affektionen des Uterus, der Adnexe, des Beckenperitoneums und des Beckenbindegewebes); 2. bei der kongestiven Dysmenorrhöe und 3. der nervösen Form der Dysmenorrhöe. Bei letzterer empfiehlt Vf. ganz besonders die elektrischen Eisenbäder, wenn mit Stahl- und Moorbädern kein gutes Resultat erzielt werden konnte. — (Prager med. Wochenschr. Nr, 38, 1903.)

Königstein.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Gonorrhöe. Von Prof. E. Finger.

Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe beruht auf der Berechtigung des theoretischen Standpunktes, daß es im Beginne jeder akuten Gonorrhöe einen Zeitpunkt geben müsse, wo die Gonokokken noch auf so beschränktem Raum und noch durchwegs so oberflächlich liegen, daß es gelingen muß, ohne große Gewebsschädigung alle Gonokokken mit einem Schlage zu vernichten und damit eine erfolgreiche Abortivkur durchzuführen. Es ist klar, daß dieser Zeitpunkt der erfolgten Infektion sehr nahe liegen muß; es dürfen hiebei bloß die allerersten Symptome der Gonorrhöe, leichtes Kitzelgefühl, Verklebtsein des Orifiziums, eine Spur schleimigen Sekretes vorhanden sein. Die Resultate mit den von den verschiedenen Autoren empfohlenen und angewendeten Methoden sind bei dieser gewaltigen Einschränkung des Materials nicht gerade ungünstig; die Autoren berichten über 40—60% gelungener Fälle. Doch müsse betont werden, daß in manchen Fällen die Abortivkur scheinbar gelingt, während nach 5—10, ja selbst 14 Tagen neuerdings Gonokokken und Sekret auftreten.

Vf. hat daher das Abortivverfahren völlig aufgegeben und geht sofort in die systematische Behandlung der Gonorrhöe ein. Hier zeigt sich nun, daß auch die systematische Kur in einer Reihe von Fällen abortiv wirke. Man könne nämlich die Gonorrhöen in zwei große Gruppen scheiden, in solche, die den therapeutischen Einflüssen leicht zugänglich sind und in solche, wo unsere Bemühungen erst nach längerer Dauer von Erfolg gekrönt werden. Worauf diese Verschiedenheiten zurückzuführen sind, auf individuelle anatomische Verhältnisse, auf verschiedene Virulenz der Gonokokken, das läßt sich kaum bestimmen. Aber sicherlich seien dieselben Gründe auch für das Gelingen oder Mißlingen einer Abortivkur ausschlaggebend.

Die individuelle Prophylaxe anlangend, die ja mit denselben Mitteln durchgeführt wird, wie die Abortivkur, müßten nach Vf. zwei Bedingungen erfüllt werden, die Mittel müßten verläßlich und müßten absolut sicher un-

schädlich sein. Diesen beiden Bedingungen sind aber alle bisher empfohlenen Methoden und Mittel nicht gewachsen. Der Autor konnte eine ganze Reihe von Fällen beobachten, in denen trotz peinlicher Anwendung der empfohlenen Prophylaxe doch Gonorrhöe akquiriert wurde. Was weiters die Unschädlichkeit der im allgemeinen nach dem Prinzip der Credéschen Instillation in den Bindehautsack erfolgenden Prophylaxe betrifft, so liegt der große Unterschied darin, daß die erstere bloß ein einzigesmal durchzuführen ist, während die Tripperprophylaxe in der Regel doch auf eine jahrelange Anwendung zu berechnen ist. Nun erzeugen aber alle diese prophylaktischen Mittel (Sublimat, Argentum nitricum, Protargol, Argentamin, Albargin etc.) nicht unbedeutende Reizungen der Schleimhaut, und die Häufung dieser Reizungen führe endlich zu einer dauernden Gewebsschädigung, indem sich ein chronisch-katarrhalischer Reizzustand der Harnröhre ausbilde, der schließlich ganz ähnliche Konsequenzen (Epithelmetaplasie, schwielige Degeneration der Schleimhaut) hervorbringt, wie die Gonorrhöe. Nach diesen Erfahrungen sei die Empfehlung solcher Prophylaktika, zumindest durch den Arzt, nicht gerechtertigt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7, 1905.) D.

Quecksilberjodid-Jodkaliumlösung bei Syphilis. Von F. Penzoldt.

Die innerliche Verordnung einer Vereinigung der beiden gegen Syphilis verwendeten Mittel, Quecksilber und Jod, ist auf Ricord zurückzuführen. Der Autor hat diese Form wieder aufgenommen, etwas modifiziert, indem vom Sassaparilladekokt abgesehen wurde; er verschreibt einfach Hydrarg. bijodat. 0·2 (eventuell bloß 0·1), Kal. jodat. 10·0 auf 300·0 Aqua und läßt hievon dreimal täglich einen Eßlöffel nehmen, am besten während der Mahlzeiten. Er hält diese Kombination von Quecksilber und Jod für bequemer als jede andere, also etwa eine Schmierkur mit gleichzeitiger innerlicher Darreichung von Jodkalium. Das wird allerdings nicht näher motiviert, dagegen klingt es fast wie ein Vorwurf, wenn Vf. zahlreiche Lehrbücher der Syphilis aufzählt, in welchen er zu seiner Ueberraschung keine Erwähnung der Ricordschen Formel fand; er hätte allerdings hinzufügen müssen, daß jedes dieser Lehrbücher von der kombinierten Behandlungsweise den Spätformen gegenüber genug sagt.

Das Feld für die genannte Kombination geben ausschließlich gummöse Formen, sowie die Syphilis des Nervensystems ab; in zahlreichen Fällen hat der Autor, so schwierig auch der Vergleich sein mag, die Ueberzeugung gewonnen, daß wir an dieser Kombination ein ganz ausgezeichnetes Kampfmittel besitzen und daß die Wirkung derselben die alleinige Wirkung des Jods zu übertreffen scheint. Bekanntlich ist aber bereits von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen worden, daß das Quecksilberjodid ätzend auf die Magenschleimhaut wirke; tatsächlich konnte auch der Autor leichte Magen- und Darmstörungen zuweilen beobachten; sie lassen sich aber leicht vermeiden, wenn man dem Kranken schwer verdauliche Speisen verbietet und weiters dafür sorgt, daß keine Obstipation eintritt, an welche sich leicht Diarrhöen anschließen. Es fällt dann diese Befürchtung weg, wohl aber scheint es, daß das Quecksilberjodid öfter die Nieren schädigt, zumindest konnte Vf. in zwei Fällen (unter wie vielen?) Albuminurie mit hyalinen und Körnchenzylindern konstatieren, glaubt aber, daß bei entsprechender Ueberwachung auch das zu vermeiden oder doch einzuschränken wäre. Er plaidiert daher für das Zurückgreifen auf diese alte Kombination bei Spätformen der Syphilis, einschließlich der Syphilis der inneren Organe und des Nervensystems, wobei auch die Einfachheit der Behandlungsweise als nicht zu unterschätzender Vorteil hervorgehoben wird. — (Therap. der Gegenw. H. 1, 1905.) D.

Beiträge zur Behandlung der gonorrhoischen Erkrankungen. Von F. Kornfeld.

Der Autor tritt mit aller Entschiedenheit für eine tunlichst schonende, d. h. alle scharfen, konzentrierten oder ihrer



chemischen Natur nach von vorneherein ungeeignete Mittel beiseite lassende Medikation beim akuten und subakuten Tripper des Mannes ein und ist geneigt, schlechte Erfolge oder besser gesagt Folgen, insbesondere das Eintreten des chronischen Prostatakatarrhs auf eine allzu irritierende Behandlung in den Anfangsstadien zurückzuführen. Er verwirft daher den Gebrauch des Argentum nitricum in den Anfangsstadien, insbesondere in stärkeren Lösungen und verwendet in der letzten Zeit auch in späteren Stadien höchstens ¼—1%ige Lösungen.

Aus der Reihe der im Laufe der letzten Jahre empfohlenen Silberverbindungen hebt der Autor das Argonin und Albargin hervor. Das Argonin dürfe als das mildeste Silbereiweißpräparat gelten, dessen besonderer Wert sich in Fällen von akuter Blennorrhöe bekunde, die mit starken Entzündungserscheinungen, mit Schmerzen und stark eitriger Sekretion einhergehen.

Mit dem Albargin hat der Autor eine Reihe von 50 Gonorrhöekranken behandelt, es wirke, in der Konzentration von 0·2 : 200·0 als Einspritzung verschrieben, außerordentlich reizlos, die ganze Reaktion bestehe in einer kurzdauernden Sekretvermehrung, die nach wenigen Stunden abgelaufen sei, und sei in hervorragendem Maße gonokokkozid. Bei subakuten Gonorrhöen sollen neben diesen Einspritzungen auch Druckspülungen in stärkerer Konzentration ¼—1% verwendet werden; in chronischen Fällen neben sonst durch die Situation des Falles gegebenen Eingriffen (Sonde, Prostatamassage) auch Instillationen mittels Guyon oder Ultzmann in der Stärke von 0·4—1·2 : 50. Daß sich unter diesen 50 Fällen kein einzigesmal der Prozeß durch eine Epididymitis komplizierte, glaubt der Autor eben auf die rasch keimtötende Wirkung des Albargins, die sich nicht nur auf die Sekrete erstrecke, sondern auch im Gewebe manifestiere, zurückführen zu sollen. „Das Fortkriechen und Einschleichen des Entzündungsprozesses auf tiefere Gewebsschichten und auf die in den höher gelegenen Abschnitten des Urogenitalapparates befindlichen Texturen vermochte das Mittel nicht absolut hemmend zu beeinflussen. Es ist dies das einzige Zugeständnis, zu welchem der Autor sich herbeiläßt, sagt aber schließlich dem Kundigen genug, auch wenn gewissermaßen entschuldigend beigefügt ist: „Allein diesen Effekt darf und wird niemand von irgend einem Trippermittel erwarten und verlangen. — (Therap. der Gegenw., H. 3, 1905.) D.

Zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe nach Blaschko. Von Dr. F. Block.

Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe stehe bei den Aerzten darum in Mißkredit, weil viele der empfohlenen Methoden nicht das halten, was von ihnen gerühmt werde und weiters, weil durch falsche Auswahl der Fälle selbst die guten Methoden nichts leisten könnten. In letzterer Beziehung sei es wichtig, daß zur Zeit der Einleitung der Abortivkuren weder reichliches Sekret, noch auch eine erhebliche entzündliche Reizung der Urethra vorhanden sein dürfe. Die Sekretion muß gering, nicht rein eitrig, sondern schleimig eitrig sein und unter dem Mikroskop Gonokokken in vorwiegend extrazellulärer Lagerung zeigen. Der Autor hält sich so ziemlich an die Vorschriften Blaschkos. Er spritzt in den geeigneten Fällen am ersten Tage eine 3%ige Protargollösung ein, die fünf Minuten zurückbehalten wird. Wenige Stunden nachher macht sich die dadurch bedingte Reizung durch Steigerung der Sekretion bemerkbar. Ist diese Reizung nach 24 Stunden so ziemlich abgeklungen (sonst ist die Kur nicht durchführbar), so erfolgt eine zweite Einspritzung in derselben Weise und Stärke (die von Blaschko empfohlene Abschwächung schien weder vorteilhaft noch notwendig). Wenn auch am dritten Tage noch Gonokokken vorhanden sind oder durch den vorwiegenden Eitergehalt des Sekretes wahrscheinlich scheinen, steigt der Autor auf 4% und an den folgenden zwei Tagen auf 5 und 6% Protargol, ohne je irgend einen Schaden von diesen Kon-

zentrationen gesehen zu haben. Mindestens fünf Tage nacheinander soll eingespritzt werden, da das zu frühe Aussetzen auch nur an einem Tage wohl stets ein Fehlschlagen der Abortivkur zur Folge hat. Am sechsten Tage wird pausiert, am siebenten das Sekret abermals untersucht; sind Gonokokken vorhanden, so ist die Kur fehlgeschlagen, sind keine Gonokokken vorhanden, so wird der Kranke zu wiederholten Nachuntersuchungen bestellt, da es ja vorkommt, daß nach einigen Tagen scheinbaren Verschwundenseins Gonokokken wieder massenhaft auftreten können. Während der Kur gilt für die Patienten die bekannte Tripperdiät. In den mißlungenen Fällen gestaltete sich der weitere Verlauf meist sehr günstig.

Von 215 Kranken konnte der Autor bloß 44 als geeignet für die Behandlung auswählen, von diesen 44 trat bei 28, also in 64%, ein voller Erfolg ein, d. h. Verschwinden der Gonokokken ohne Entwicklung einer eitrigen Harnröhrenentzündung innerhalb weniger als einer Woche. Da sich aber unter den ausgewählten Fällen auch fünf finden, die bereits 6, beziehungsweise 7 und 8 Tage nach der Infektion standen, so ergebe sich bei Ausschließung derselben von der Abortivkur ein Heilungsprozentsatz von 70.

Nicht mit Unrecht zieht der Autor auch noch in Betracht, ob es sich in allen Fällen wirklich um frische Gonorrhöen gehandelt habe; es gilt dies bloß für 16 der Fälle, 28 derselben hatten bereits mehrere Tripper durchgemacht, von diesen waren wiederum 19 vom Autor selbst als geheilt entlassen und nachher noch wiederholt visitiert worden, so daß bloß für 9 Fälle die Glaubwürdigkeit der Anamnese in Betracht kommt, daß tatsächlich ihr letzter Tripper abgeheilt gewesen sei.

Der Wert dieses von Blaschko empfohlenen Verfahrens beruht darin, daß es von jedem Arzt in der Sprechstunde ausgeführt werden kann und keiner besonderen spezialistischen Schulung bedarf, wohl aber muß der Arzt im Besitze eines Mikroskopes sein, um die Fälle genau kontrollieren zu können. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8, 1905.) D.

Zahnheilkunde.

Ueber Adrenalin-Intoxikation. Von W. Kantz.

Der vorliegende Fall einer schweren Adrenalin-Intoxikation mahnt zu erhöhter Vorsicht bei der Anwendung des gewiß schätzenswerten Mittels. Es sollte bei einem kräftigen, gesunden Manne eine Zahnextraktion vorgenommen werden. Vf. injizierte etwas weniger als eine Phiole, enthaltend 0·02 Cocaini mur. und 0·001 Adrenalin. Gleich darauf trat eine auffallende Blässe des Gesichtes ein, zu der sich allgemeine Unruhe, Schmerzen in der Herzgegend und im Kopfe gesellten. Trotz sofortiger Anwendung von Gegenmitteln wurde der Puls schwach, beschleunigt und aussetzend, dazu kamen Atemnot, tonische Krämpfe an den Extremitäten, die Augen wurden glotzend, der Blick starr, die Pupillen blieben normal weit und auf Licht reagierend. Erst nach $1^1/_2$ Stunden konnte der Patient unter Begleitung das Zimmer verlassen. — Hiezu wäre zu bemerken, daß die Quantität von 0·001 Adrenalin in einer submukösen Injektion nichts weniger als gleichgiltig ist und man sich in der Tat wundern muß, daß Vf. bei seinen (über 100) Fällen nicht noch mehr schwere Intoxikationen erlebte. Ref. verwendet zu subgingivalen Injektionen, ob es sich nun um die Extraktion von einem oder mehreren Zähnen handelt, nie mehr als 0·01 bis 0·02 Kokain mit Zusatz von 0·00005 bis höchstens 0·0001 (1 : 20.000 bis 1 : 10.000) Adrenalin und hat damit bei äußerst zufriedenstellenden Resultaten niemals die geringste Vergiftungserscheinung gesehen. — (Oesterr. Zeitschr. f. Stomatologie, II. Jahrg., H. 6.)

R. Kronfeld.

Psychosen nach zahnärztlichen Eingriffen. Von Körner in Halle.

Die Psychosen nach zahnärztlichen Eingriffen fallen in das Gebiet der postoperativen Seelenstörungen und treten auf dem Boden einer erblichen oder erworbenen Prädisposition auf. Das Operationstrauma wirkt nur als auslösendes Moment. Galippe berichtet über einige interessante Fälle: Die Leidensgeschichte einer 36jährigen Dame begann mit einer

schmerzhaften Zahnfüllung. Seither wanderte sie von Zahnarzt zu Zahnarzt, ihre Zähne wurden abgeschliffen, extrahiert, replantiert, wieder extrahiert, ohne daß ihre Klagen verstummten. Charcot erkannte endlich, daß es sich um eine Psychose handelte und führte die Frau der Heilung zu. In einem anderen Falle führte erst eine hydropathische Behandlung des Körpers und entsprechende psychische Behandlung zur Heilung einer mit Halluzinationen verbundenen Psychose, welche seit einer mißglückten, über eine Stunde dauernden Zahnextraktion bestand. Vf. teilt einige analoge Fälle aus seiner eigenen Praxis mit und rät zu besonderer Vorsicht im Umgang mit nervösen, hysterischen oder anderweitigen, zu Psychosen neigenden Menschen, zumal Frauen, bei welchen die Erscheinungen gewöhnlich in der geschlechtlichen Sphäre liegen. — (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., Bd. 22, H. 5.) R. Kronfeld.

Pharmakologie und Toxikologie.

Ueber therapeutische Präparate, die naszierenden Sauerstoff entwickeln, insbesondere Hopogan und Ektogan. Von Dr. J. Isaacsohn in Moskau.

Das Magnesiumsuperoxyd, das ja schon einmal viel von sich hat reden machen, kommt jetzt unter der Signatur Hopogan in den Handel. Es dient vorwiegend zum internen Gebrauch als Desinfiziens des Magendarmkanals (Diarrhöe, auch bei Konstipation, Magen-Ektasie). Zum externen Gebrauch wird jetzt Zinkperoxyd unter dem Namen Ektogan empfohlen. Beide geben in vitro auf Säurezusatz Sauerstoff, der in statu nascendi kräftig wirkt. Die gleiche Erscheinung soll auch im Magen und bei Berührung mit der Haut stattfinden. Ektogan soll auch als Antiseptikum bei frischen Wunden, sowie in der externen Anwendung bei Ekzemen etc. vorzügliche Dienste leisten. Von Interesse ist auch das Verschwinden von Leberflecken und Sommersprossen unter Ektogan-Behandlung. — (Fortschr. d. Med. Nr. 31, 1904.)

Dr. Springer, Breslau.

Drei Fälle von Pruritus nach Tabakgenuß. Von Dr. Bottstein in Hamburg.

Vf. beschreibt drei einwandfreie Fälle von Pruritus nach Tabakgenuß. Alle drei Patienten rauchten hauptsächlich kurze Pfeife, der eine daneben auch Zigaretten. Nur bei einem Patienten erstreckte sich der Pruritus über den ganzen Körper, bei dem zweiten waren Oberschenkel, Analregion und Skrotum befallen und im dritten Falle war der Pruritus auf die Augenbrauengegend lokalisiert. Nach Einstellen des Rauchens hörte das Jucken auf, um bei Wiederaufnahme sofort von neuem einzusetzen.

Zigarren scheinen weniger schädlich zu wirken, als Pfeife und Zigaretten. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. 39, H. 10.) Dr. Springer, Breslau.

II. Diagnostik.

a) Nase und Rachen.

Zur Kenntnis der Frühsymtome maligner Tumoren des Nasenrachenraumes. Von Dr. Stenger.

Die Diagnose der malignen Tumoren des Nasenrachenraumes ist in den meisten Fällen erst dann möglich, wenn entweder durch die postrhinoskopische Untersuchung die Anwesenheit eines Tumors nachzuweisen ist oder wenn durch den wachsenden Tumor Störungen seitens der Nachbarorgane auftreten. Da es aber dann häufig für radikale operative Eingriffe schon zu spät ist, sind die Frühsymptome der Tumoren von höchster Wichtigkeit. Nach der Art ihres Auftretens kann man sie einteilen: 1. in solche, welche von der Nase, beziehungsweise vom Nasenrachenraum ausgehen, 2. in solche, in Form von neuralgischen Beschwerden und 3. in Ohrsymptome. Die Beachtung dieser drei Gruppen von Erscheinungen wird oft rechtzeitig auf eine bösartige Erkrankung des Nasenrachenraumes hinweisen, zu einer Zeit, wenn die Symptome einzeln ge-



nommen kaum den Gedanken an eine solche aufkommen lassen. Vf. illustriert dies durch zwei Fälle von Sarkom, resp. Plattenepithelkarzinom des Rachendachs. Die richtige Beurteilung von Erscheinungen eines Tubenkatarrhs in Kombination mit neuralgischen Beschwerden ist da von größter Wichtigkeit. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13, 1905.) Weil.

b) Herz.

Ueber traumatische Herzklappenzerreißung. Von Eugen Fränkel. (Aus dem pathologischen Institut des allgemeinen Kankenhauses Hamburg-Eppendorf.)

Rein traumatische Zerreißungen von Herzklappen sind selten; meist entsteht eine solche Zerreißung auf Grund einer alten Endokarditis gelegentlich eines Traumas als sogenannte spontane Ruptur. Die berichteten traumatischen Zerreißungen von Herzklappen betrafen, mit Ausnahme eines Falles, das linke Herz. Vf. beobachtete folgenden Fall: Ein 68jähriger Mann stürzte vom Gerüst der fünften Etage eines Neubaues auf ein darunter befindliches Schutzdach herab. Er wurde moribund ins Krankenhaus aufgenommen, starb nach einer halben Stunde und wurde 70 Stunden danach seziert. Sämtliche Rippen der linken Thoraxhälfte waren gebrochen, die Pleura zerrissen, es bestanden Hämatothorax, eine Komminutivfraktur des Beckens, Einrisse an Milz, Leber und Nieren. Am Herzen fanden sich vielfache, bis linsengroße subepikardiale Blutungen bei völlig gesundem Myokard, venöse Ostien durchaus normal, ihre Klappen zart, Aorta auffallend zart und elastisch.

Das vordere Klappensegel der Pulmonalis zeigte einen in der Mitte zwischen freiem Rand und Insertion gelegenen, queren, etwa das mittlere Drittel der Klappe einnehmenden, leicht wellig verlaufenden Riß; die Ränder des Risses waren frisch hämorrhagisch infiltriert. Die Taschenklappen der Arteria pulmonalis waren äußerst zart. Der Tod war durch Fettembolie der Lungen eingetreten. Vf. denkt sich die Entstehung des Segelklappenrisses folgendermaßen: Durch die stürmische Kompression der linken Thoraxhälfte wurden die linke Lunge und das Herz nach rechts gedrängt, dadurch wurde der Blutdruck im Gebiet der Arteria pulmonalis beträchtlich gesteigert und der Abfluß des Blutes aus den Lungen behindert. So war die Arteria pulmonalis während der Diastole abnorm mit Blut gefüllt, und es kam so in dem übermäßig gedehnten Rohr, dessen Flüssigkeitsäule in heftigster Weise durch den Fall erschüttert wurde, der Riß einer Klappe zustande. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1905.) Klar, Heidelberg.

c) Magen.

Ueber die Beziehungen der perniziösen Anämie zum Magenkrebs. Von W. Rink. (Aus der med. Klinik zu Jena.)

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen vollständig die Angaben von Lazarus (Nothnagel, Spez. Path. und Ther. 8, l. J., Ehrlich und Lazarus, die Anämie), wonach die klinische Unterscheidung einer progressiven perniziösen Anämie von einem okkulten Magenkrebs unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnen kann. Die langsam zunehmende Kachexie, die langandauernde Appetitlosigkeit, die heftigen Uebelkeiten, Würgreize, Erbrechen, Hämatemesis, die Druckempfindlichkeit der Magengegend und das andauernde Fehlen freier Salzsäure sind Symptome, welche bei beiden Krankheiten in gleicher Weise beobachtet werden. Hat die Bluntuntersuchung zweifellos das Vorhandensein einer einfachen Anämie ergeben, so wird dadurch die Diagnose des Karzinoms gesichert; ist aber die Beschaffenheit des Blutes die einer progressiven perniziösen Anämie, so ist dadurch das Vorhandensein eines Karzinoms nicht ausgeschlossen. — (Diss. Jena 1903.)

F. L.

d) Leber.

Der Ikterus der Neugeborenen. Von Marcel Nathan.

Der idiopathische Ikterus der Neugeborenen läßt sich in zwei Gruppen einteilen: 1. hämatogener Ikterus, 2. biliöser

oder infektiöser Ikterus, dessen schwerste Form die Winkel'sche Krankheit bildet. Der erste ist durchaus gutartig, auch wenn er in stärkerem Maße auftritt, Der Urin enthält keine Gallenfarbstoffe, dagegen gibt das Blutserum die Gmelinsche Reaktion. Eine Vergrößerung der Leber oder andere lokale Läsionen fehlen; einige Autoren wollen allerdings eine geringe Leberanschwellung gefunden haben und nehmen an, daß es sich auch beim hämatogenen Ikterus um eine leichte Infektion, verursacht durch das erste Eindringen der Mikroben in den Darm, handelt. — Der biliöse Ikterus beruht auf einer Infektion der Leber und Gallenwege und entsteht auf zwei Wegen: I. vom Nabel aus durch eine Phlebitis umbilicalis (meist durch Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken), II. vom Darm aus (meist durch Kolibazillus, Enterokokkus etc.); die Winkel'sche Krankheit ist der stärkste Grad dieser intestinalen Infektion. Der umbilikal entstandene Ikterus bedeutet nur eine Lokalisation einer allgemeinen Septikämie. Die Haut ist dunkelgelb, der Harn stark ikterisch, der Nabel entzündlich gerötet, eiternd, das Allgemeinbefinden schlecht, das Fieber hoch, die Stühle grün, wässerig, häufig, stinkend. Meist tritt in drei bis vier Tagen der Tod an allgemeiner Schwäche oder auch an einer Nabel- oder Darmblutung ein. — Der intestinal entstandene Ikterus ist oft in Gebäranstalten epidemisch, er beginnt — meist am 3.—5. Tage — manchmal mit einem vorübergehenden Anfall von Zyanose, manchmal mit Erbrechen, Nahrungsverweigerung und Konvulsionen. Ikterus, Anfälle von Zyanose, mehr oder weniger starke Diarrhöen und Zeichen von Allgemeininfektion sind seine Kardinalsymptome. Die Zyanose ist öfters von Dyspnoe begleitet. Die Stühle sind nicht entfärbt (im Gegensatz zum symptomatischen Ikterus), reagieren alkalisch, die Leber ist normal, nicht schmerzhaft, der Urin ikterisch (färbt die Wäsche braungelb), das Fieber steigt nicht über 39°, das Kind ist ruhig, somnolent. Von sieben Fällen sterben etwa drei. Die Schwere der Prognose hängt von der Häufigkeit der Anfälle von Zyanose, von der Persistenz des Fiebers und der Stärke der Somnolenz ab. Die Winkelsche Krankheit endet immer tödlich, sie tritt plötzlich ein, die Haut ist dauernd zyanostisch-ikterisch, trocken und kühl, die Temperatur nicht über 38°, die Respiration und der Puls beschleunigt, der Urin olivgrün, die Stühle nicht sehr häufig. Das Kind ist vollständig apathisch, der Körper steif. Bei raschem Verlauf sinkt die Temperatur schnell und Krämpfe treten auf. Die Krankheit ist sehr selten.

Der pathologisch-anatomische Befund beim infektiösen Ikterus besteht in einer ikterischen Färbung der Organe; die Leber ist nicht vergrößert, anämisch, selten zeigt sie kleine Hämorrhagien wie auch Milz und Nieren. Vignet fand bei einem Falle Zeichen von akuter gelber Leberatrophie.

Die Behandlung der umbilikalen Infektion besteht in Bädern, lokalen feuchten Verbänden und Kollargol. Beim intestinalen Ikterus reinigt man durch mehrmals täglich wiederholte kalte, große Klysmen den Darm und spült auch den Magen aus, am besten mit Vichy-Wasser. Bei geringen Diarrhöen läßt man das Kind ruhig an der Brust weiter trinken, bei stärkeren muß man zu wässeriger Diät übergehen. Der einfache hämatogene Ikterus bedarf keiner Behandlung. — (Gaz. des hopit., Nr. 82, 1904, und Rev. fr. de méd. et de Chir., Nr. 41, 1904.)

Einstein, Stuttgart.

e) Niere.

Beobachtungen über die klinische Diagnose der Nephrolithiasis. Von Alex. B. Johnson.

Der Autor bespricht die historische Entwicklung der Diagnose des Nierensteines, und teilt seine eigenen Erfahrungen in 125 Fällen mit, in denen die Röntgen-Untersuchung angewendet wurde. Seine Ansicht geht dahin, daß der positive Röntgen-Befund von besonders großem Werte für die Diagnose und Indikationsstellung ist. Der negative Ausfall der Radiographie ist nur bis zu einer gewissen Grenze verwertbar. Reine harnsaure Steine können

auf der photographischen Platte nicht dargestellt werden, wohl aber Oxalate und Phosphate. Fehlerhafte Untersuchungsergebnisse können entstehen: 1. durch besonders große Korpulenz des Kranken; 2. unvollkommene Technik in radiographischer Beziehung; 3. unrichtige Behandlung der photographischen Platten und 4. Fehler in der lichtempfindlichen Schichte der Platte selbst.

Zur Erzeugung guter Nierensteinradiogramme sind folgende Umstände erforderlich: Der elektrische Strom, der zur Erzeugung des Röntgen-Lichtes verwendet wird, muß von hoher Spannung und großer Intensität sein. Die Röhre muß durch mehrere Minuten ganz konstant leuchten und darf ihren Evakuationszustand während dieser Zeit nicht ändern; die Röhre soll mittelweich sein, so daß auf der photographischen Platte auch deutliche Kontraste der Weichteile nachzuweisen sind. Es muß daher auf das Durchdringungsvermögen der Strahlen in Bezug zum Evakuationszustand der Röhre das größte Gewicht gelegt werden.

Die besten Bilder wurden bei Gebrauch des Wehnelt'schen Unterbrechers erzielt. Die Expositionszeit für korpulente Patienten variierten zwischen 10 und 15 Minuten, wobei die Distanz zwischen der Antikathode und der photographischen Platte 30 Zoll betrug. Für magere Individuen genügt eine Exposition in der Hälfte dieser Zeit. — (New-York medical Journal, 4. Febr. 1905.) V. Blum.

Ueber chemische Befunde bei Nephritis. Von Th. Rumpf.

Der Gehalt der Niere an Chlornatrium übertrifft bei Erwachsenen in vielen Fällen den Gehalt des Blutes und der übrigen Organe; besonders deutlich ist dieser Befund bei einzelnen Fällen von Nephritis. Doch gibt es auch Ausnahmen, besonders in den frühen Stadien. In vielen Fällen von Nephritis steigt der Chlornatriumgehalt des Blutes und der Gewebe an, jedoch stellen die Chlornatriumbefunde bei Nephritis keineswegs die höchsten Werte dar. Weiterhin gibt es Fälle von Nephritis chronica, bei welchen der Chlornatriumgehalt des Blutes und der anderen Organe trotz Oedemen, Retinitis albuminurica und urämischen Erscheinungen eher vermindert als erhöht ist. Die Untersuchung von Herzbeutelflüssigkeit, Pleuraflüssigkeit und peritonealen Ergüssen bei Nephritis (ohne Komplikation mit kardialen Hydropsien) ergab einen teils hohen, teils niedrigen Chlornatriumgehalt, so daß man die Entstehung der Ergüsse unmöglich auf eine Erhöhung des Chlornatriumgehaltes zurückführen kann. Der Chlornatriumgehalt von neun peritonealen Ergüssen ohne Nephritis ergab Chlornatriumwerte, welche diejenigen bei Nephritis beträchtlich übertrafen. Nach diesen Na Cl-Befunden in den verschiedenen Transsudaten und Exsudaten wird man nicht mehr daran denken können, der Retension von Na Cl eine spezielle Bedeutung für Hydropsien bei der Nephritis zuzuweisen. Daß aber der Retension von Chlornatrium in den Nieren bei der Nephritis eine Bedeutung zukommt, will Vf. damit keineswegs bestreiten. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1905.) F. L.

f) Weibliches Genitale.

Ein weiterer Fall von Tuberkulose der Plazenta. Von E. Runge.

Vf. hatte die Gelegenheit, bei Schmorl im Friedrichstädtischen Krankenhause zu Dresden, den Mutterkuchen einer an Miliartuberkulose verstorbenen Schwangeren zu untersuchen, bei welcher kurze Zeit vor dem Tode Anzeichen eines beginnenden Abortes aufgetreten waren, welch letzterer Umstand auch bei der Autopsie bestätigt wurde. Vf. war zunächst in der Lage, durch eingehende mikroskopische Bearbeitung verschiedener Stücke der Plazenta und ihre Durchsuchung auf tuberkulöse Herde und Tuberkelbazillen die Befunde von Lehmann, Schmorl und Kockel zu bestätigen, welche die Frage der intrauterinen Infektion des Fötus schon so weit klargestellt hatten, da sie typische Tuberkel an und in den Chorionzotten gefunden hatten. Ueberdies fand Vf. in seinen Präparaten Infarkte an den Haftzotten und Rundzellenanhäufungen in den zuführenden Zellsäulen der Dezidua. Die

anliegenden intervillösen Räume waren vielfach thrombosiert. Für Tuberkulose, typische Gewebsveränderungen waren, abgesehen von den Zotten, Tuberkeln in der Decidua basalis festzustellen. Entweder in der Umgebung des Nitabuch'schen Fibrinstreifens oder in der Drüsenschicht der Dezidua, immer in der Nähe der Gefäße, fanden sich Rundzellenanhäufungen, die zentrale Nekrose aufwiesen und reichlich mit Tuberkelbazillen durchsetzt waren. Zum Teil waren die Gefäße von ihnen arrodiert und thrombosiert. In der Drüsenschicht zeigten die Zellen mehr epitheloiden Charakter, doch ließ sich nirgends in diesen atypischen Tuberkuloseprodukten das typische Granulationsgewebe mit Langhans'schen Riesenzellen finden, was aller Wahrscheinlichkeit nach auf die Hinfälligkeit des Deziduagewebes zurückzuführen sein dürfte. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 68, H. 2.)

Königstein.

g) Nervensystem.

Ueber Nerven- und Geisteskrankheiten nach elektrischen Unfällen. Von Prof. Eulenburg in Berlin.

Nach Jellinek ist ein „elektrischer Unfall" jede Schädigung der Gesundheit, einschließlich des Todes des Verletzten, die durch den Uebergang von Elektrizität auf den menschlichen Körper verursacht wird. Die Unfallfolgen sind meist traumatische Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie, zuweilen aber auch organische Nervenerkrankungen. — Die überwiegende Mehrzahl der Betriebsunfälle der Telephonistinnen dagegen, die bei Gewittern vorkommen, sind keine elektrischen Unfälle, sondern Schreckneurosen, verursacht durch Schallwirkungen ferner, durch das Telephon gehörter knallartiger Donnerschläge. Etwa in die Telephonleitung geratene Starkströme und Blitzschläge werden ja durch doppelte Sicherungen vorm Eindringen in den Telephonapparat abgehalten. Ist die Telephonanlage schlecht hergestellt, d. h. wenn die Sicherungen fehlen, dann kann auch bei Benützung des Telephons ein elektrischer Unfall sich ereignen. Einen solchen Fall teilt Vf. mit; sieben Monate nach dem Unfall erkrankte der damals 28jährige Mann an progressiver Paralyse. Die Frage, ob die Geisteskrankheit Unfallfolge sei, wurde von Vf. bejaht. Jellinek teilte brieflich dem Vf. zwei Parallelfälle mit.

Auch multiple Sklerose kann durch Uebergang von Starkströmen in den menschlichen Körper verursacht werden. Nach L. Bruns haben bei solchen Fällen symptomenlose, bezw. symptomenarme sklerotische Herde im Zentralnervensystem schon vorher bestanden und sind durch das Trauma nur zu intensiverem Wachstum, bezw. multipler neuer Herdbildung veranlaßt worden. Ferner kommen nach elektrischen Unfällen ganz eigenartige Krankheitsbilder vor: Durch das Herabfallen des Drahtes einer Leitung von 500 Volt Spannung auf den Kopf eines 49jährigen Mannes erkrankte dieser an einer progressiven Großhirnrindenerkrankung, deren Symptome Verwandtschaft sowohl mit progressiver Paralyse als auch mit multipler Sklerose zeigen. Der Mann ist jetzt, 7 Jahre nach dem Unfall, gänzlich verblödet.

Bei jedem zur Begutachtung kommenden elektrischen Unfall sind die Luftfeuchtigkeit, die Durchfeuchtung des Bodens und der Umgebung, die Feuchtigkeit der berührten Körperstelle und die meteorologischen Verhältnisse zur Zeit und am Ort des Unfalles eingehend zu würdigen, da bei für den Strom günstigen Umständen, wie z. B. hohem Feuchtigkeitsgehalt der Luft, Schwächung der „Schutzwiderstände" des Körpers, schon Ströme von 100 Volt Spannung einen „elektrischen Unfall" zu verursachen imstande sind. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2 u. 3, 1905.) Klar, Heidelberg.

Ueber anfallsweise auftretende euphorische Stimmung bei Hirntumor. Von Prof. A. Pick in Prag.

Während dauernde euphorische Stimmungen bestimmt lokalisierten Hirnaffektionen entsprechen, fehlt es an Mitteilungen über anfallsweise auftretende derartige Stimmungen, die etwa mit einer be-

stimmten Lokalisation in Verbindung gebracht werden könnten. Ein 27jähriger Schlossergeselle litt seit einigen Monaten an linksseitigen J a c k s o n'schen Anfällen, zu denen sich später auch Bewußtlosigkeit gesellte. Es bestand hochgradige linksseitige Hemiparese, links Steigerung der Sehnenreflexe, Herabsetzung der Hautreflexe, doppelseitige Stauungspapille, Kopfschmerz, wodurch die Diagnose eines Tumors gesichert erschien. Ausgezeichnet war dieser Fall durch „psychische“ Anfälle von expansivem Wonneaffekt, der Euphorie des Paralytikers vergleichbar, während welcher der Kranke das Gefühl mangelhafter Beherrschung seiner Gedanken hatte. In der Zwischenzeit eher deprimierte Stimmung. Kein Zusammenhang der psychischen mit den epileptiformen Anfällen. Zustände von Verstimmungen, Dysphorien kommen bei Epileptischen auch ohne Anfälle vor, ja genügen nach K r ä e p e l i n auch ohne Insulte für die Diagnose: Epilepsie. Auch im beschriebenen Falle könnte der euphorische Zustand als eine Art Aequivalent des rindenepileptischen Anfalles gedeutet werden. Die Lokalisation des Tumors in der präfrontalen Region weist auf die bei Stirnhirntumoren auftretenden dauernden euphorischen Stimmungen hin. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1904.)

R o s e n t h a l.

Ueber Krankheitserscheinungen von seiten des Sympathikus. Von Dr. E. H ö n c k in Hamburg.

Vf. hat seit Jahren bei Frauen, welche über Schmerzen in der Bauch- und Beckenhöhe klagen, auf den Sympathikus geachtet und fand häufig Druckempfindlichkeit der Vorder- und Seitenfläche der Bauchwirbel, die er auf den Sympathikus bezieht. Nach B u c h, der denselben Befund erhoben hat, ist der gesunde Sympathikus unempfindlich, dagegen wird er (im Tierexperiment) sehr empfindlich, wenn er längere Zeit gereizt und infolgedessen hyperämisch oder wenn das Tier längere Zeit gequält wird. Nach ihm sind zahlreiche sensible, motorische und sekretorische Erscheinungen vom gereizten Sympathikus auszulösen, die sich in ihm allein abspielen können. Er nimmt also dem zerebrospinalen System gegenüber eine sehr selbständige Stellung ein und verhält sich wie ein Zentralorgan. Die Patienten, um die es sich hier handelt, sind stets neurasthenisch oder hysterisch; ihre Klagen sind sehr mannigfaltig. Es bestehen Kopf-, Rücken- oder Kreuzschmerzen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Aufstoßen oder Speichelfluß, Brechneigung. Frauen klagen oft über Drängen nach unten, Kreuzschmerzen, unregelmäßige Menses. Der Schlaf ist schlecht, die Stimmung melancholisch, die Leistungsfähigkeit mangelhaft. Objektiv besteht Blässe, leidendes Aussehen, ungleichmäßig gespannter Leib. Auf der Seite der größeren Spannung findet sich der bekannte Druckschmerz. Hyperalgesien der Haut sind öfter vorhanden, können jedoch auch durch die tiefer sitzende Empfindlichkeit im Sympathikus vorgetäuscht werden. Alle entzündlichen Baucherkrankungen verursachen Schmerzen im Sympathikus. Auffallend ist auch seine Empfindlichkeit bei Angina tonsillaris. Nachdem der Nervus glosso-pharyngeus viele sympathische Fasern enthält, handelt es sich hier vielleicht um Ausstrahlungen in den Bauchsympathikus von den entzündeten Mandeln her. Auch die bekannten F l i e ß'schen Entdeckungen sind wohl ähnlich zu deuten. Nach Vf. können im Sympathikus Schmerzen entstehen nach psychischen Traumen, körperlichen Krankheiten und Erkrankungen der von dem Nerven versorgten Organe. Auch viele der als hysterisch bezeichneten Erscheinungen können auf dieselbe Weise entstehen. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 3, 1905.)

R o s e n t h a l.

Ein Fall von Ischias mit komplizierendem Herpes. Von Dr. H. M e y e r in Elster.

Ein 27jähriger Patient erkrankte mit blitzartigen, stechenden Schmerzen in der linken Gesäßgegend, die sich allmählich über die ganze Rückseite des linken Beines erstreckten. Nach einigen Tagen Schüttelfrost, Fieber bis 38·7°, Erbrechen, Kopfschmerz. Wenige Stunden später zeigte sich an der Rück- und Außenseite des



linken Oberschenkels ein kleinbläschenförmiger Ausschlag. An diesen Stellen bestand heftiges Brennen, während zugleich die neuralgischen Schmerzen auch im Bereiche des Nervus cruralis auftraten. In den nächsten Tagen wurde der Ausschlag pustulös, mit infiltrierter Umgebung, am vierten Tage zeigte sich nekrotischer Zerfall der einzelnen Pusteln, während wieder vollkommenes Wohlbefinden sich einstellte und die neuralgischen Schmerzen fast vollkommen geschwunden waren. Urin eiweiß- und zuckerfrei. Interessant ist hier die ziemlich seltene Kombination von Ischias und Herpes, sowie das mit dem Abklingen des Ausschlages zusammenfallende vollkommene Verschwinden der Schmerzen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1905.)

Rosenthal.

Ein Fall von Schrecklähmung. Von E. v. Leyden in Berlin.

Ein 16jähriges unbelastetes Mädchen erschrack heftig anläßlich eines versuchten Einbruches, flüchtete und stürzte dabei über einige Stufen, ohne äußerliche Verletzung und ohne das Bewußtsein zu verlieren. In den nächsten zwei Nächten unruhiger Schlaf, doch konnte sie ihren Dienst regelrecht versehen. 60 Stunden nach dem psychischen Insult fühlte Patientin große Mattigkeit, Prickeln und Taubsein der Glieder, die sie bald nicht mehr bewegen konnte. Die Untersuchung ergab vollkommen schlaffe Lähmung aller vier Gliedmaßen, metile und thermische Anästhesie nebst Aufhebung des Lage- und des Vibrationsgefühles. Die Sehnenreflexe normal, Hautreflexe schwach, resp. erloschen. Sonst normaler Nerven- und innerer Befund. Autor kennt eine Reihe von Fällen, wo auf Schreck organische Lähmungen durch Myelitis entstanden. Weit häufiger sind nach Schreck funktionelle Neurosen, bezw. hysterische Lähmungen, zu denen auch dieser Fall gehört. Durch den traumatischen Schreck wurde die Nervenleitung vom und zum zerebralen Zentrum der Sensibilität, resp. Motilität für die vier Extremitäten unterbrochen. Es handelte sich dabei um eine Erschütterung der nervösen Zentren, welche zu einer Hemmung der normalen Leitungsvorgänge geführt hat. Die Patientin wurde binnen wenigen Tagen durch psychische Therapie und Faradisierung vollkommen geheilt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8, 1905.)

Rosenthal.

Ein Fall von Simulation epileptischer Krämpfe bei einem 13jährigen Schulknaben. Von Dr. Aronheim in Gevelsberg.

Simulation wird am häufigsten auf krankhafter Basis bei Hysterischen, Neurasthenikern, Paransikern und Schwachsinnigen beobachtet. Besonders häufig werden epileptische Anfälle simuliert, auch von Gesunden, wie Unfallverletzten, Militärpflichtigen und Schülern. Ein elfjähriger Schüler litt an Appetitlosigkeit, Abmagerung, Mattigkeit und Blässe, die Eltern hatten bei ihm einen Anfall von allgemeinen Krämpfen mit Bewußtlosigkeit beobachtet. Nach einer erfolgreichen Bandwurmkur hob sich das Allgemeinbefinden des Patienten, doch waren seither wiederholt Anfälle aufgetreten, so daß der Knabe vom Schulbesuche befreit wurde. Nach seiner Rückkehr vom Lande, bei Beginn der Schulzeit, stellten sie sich wieder ein. Nachher weder Müdigkeit noch Schwindel. Kein unwillkürlicher Urinabgang. Als ein Anfall vom Arzte gesehen wurde, konnte festgestellt werden, daß die scheinbar krampfhaften Bewegungen willkürliche waren, der ganze Anfall den Charakter des Gemachten an sich trug. Auf energisches Vorhalten seiner Simulation versprach er sofort, daß er keinen Anfall mehr bekommen werde. Dies war auch wirklich der Fall. Der Fall beweist, wie vorsichtig man mit der Diagnose „Epilepsie" sein muß, die nicht eher gestellt werden darf, bis der Insult ärztlich beobachtet worden ist. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1905.)

Rosenthal.

h) Haut.

Beiträge zur Pathologie der Tuberkulide im Kindesalter. Von Dozent Dr. G. Nobl.

Für die Einleitung dieser Untersuchungen hat das frühe Kindesalter bei seiner

ausgesprochenen Neigung und Affinität zu den verschiedensten Erscheinungen der spezifisch bazillären Infektion, sowie bei der ihm eigenen erhöhten Vulnerabilität und Erregbarkeit des Integuments die günstigsten Angriffspunkte dargeboten.

Bei der Exploration eines 430 Fälle umfassenden Krankenmaterials, das sich aus im Alter von 1—10 Jahren stehenden, mit den verschiedensten Hautkrankheiten behafteten Kindern rekrutierte, hat Vf. 85mal das prägnante Krankheitsbild der konstitutionellen Skrofulo-Tuberkulose in Verbindung mit den ihr angehörenden Hautmanifestationen zu verfolgen Gelegenheit gehabt.

In dieser engeren Serie wieder war der typische Symptomenkomplex der papulonekrotischen Exantheme 13mal dominierend in den Vordergrund der kutanen Erscheinung getreten. Es handelte sich stets um die mehr superfiziellen, der Akne ähnlichen Eruptionsformen, deren miliäre, lentikuläre, pustelgekrönte und nekrotisierende Elemente in gewohnter Lokalisation und Einstreuung an den Streckflächen der Extremitäten zur Entwicklung gelangten und in ihrem schleppenden zyklischen Verlauf, sowie der Tendenz zu scharf konturierter, narbiger Involution, alle der Gruppe eigenen Charaktere widerspiegelten. Als Regionen der besonderen Prädilektion waren die Kreuzbein- und Gesäßgegend zu eruieren, woselbst die rezenten, lebhaft roten, akuminierten Knötchen, deren krustenbedeckte, im Zentrum eingesunkene, livid gefärbte Involutionsformen, sowie die tief unter das Niveau gesunkenen, scharf umgrenzten, narbigen Residuen, die dichteste Einstreuung und die häufigsten Nachschübe aufwiesen. Die Mitbeteiligung der Ohrmuscheln ist nur ein einzigesmal in der charakteristischen, zur zackigen Destruktion der Muschelsäume führenden Form bei einem älteren Knaben zur Beobachtung gelangt.

Die tuberkulöse Infektion hatte sich ausnahmslos in der ganzen Beobachtungsreihe des Drüsensystems bemächtigt, wobei vorzüglich die submaxillaren, zervikalen und fazialen Knotengruppen als mächtige, hyperplastische Tumoren und als käsig degenerierte, zerfallene und zum Durchbruch gelangte Lymphome manifest wurden. Außerdem noch traten in mehreren Fällen fungöse Sehnenscheiden-, Gelenks- und Knochenerkrankungen hinzu, die in Verbindung mit den sonstigen Wahrzeichen der lymphatischen Konstitution, das Substrat der profunden spezifischen Gewebsveränderungen vervollständigten.

Weiterhin ist in dem klinischen Symptomenbilde eine Erscheinung zutage getreten, welche mehr noch als das stete Zusammentreffen mit den virulenten Organerkrankungen geeignet erscheint, für die pathogenetische Auffassung und ätiologische Abgrenzung der papulonekrotischen Folliklisformen entscheidend in die Wagschale zu fallen.

In den 13 explorierten Beobachtungen waren nämlich dermalen Veränderungen nur zweimal auf die Aussaat der papulonekrotischen Formen beschränkt, während sonst stets, also in 11 Fällen, dichteste Eruptionen des Lichen skrophulosorum in disperser und aggregierter Anordnung, sowie multiple Einstreuungen der kolliquativen Tuberkulose zur Polymorphie des kutanen Symptomenkomplexes wesentlich beisteuerten. Hiebei machte sich weder eine zeitliche noch territoriale Abgrenzung der einzelnen Läsionsgruppen geltend, indem die miliären, schilfernden, hie und da auch kleinpustulösen Knötchenaggregate des Lichen skrophulosorum weithin in das Eruptionsgebiet der lentikulären, lividroten, gedellten und von nekrotischen Zentren okkupierten, vielfach auch pustulösen Knötchenaussaat übergriffen und die tuberösen Skrofulodermaknoten, gleichwie ihre ulzerösen, die Destruktion des Integuments bedingenden Zerfallsprodukte vielfach auf dem Boden und Standort der Folliklisschübe zur Entwicklung gelangten.

Nebst der dispersen, regellosen Einstreuung war es oft auch zur figurierten Anordnung der einzelnen Exanthemkomponenten gekommen, wo dann die nekrotischen Papeln den Ausgangspunkt konzentrisch in Kreisen difundierender Lichenscheiben abzugeben schienen, oder die aus dem Subkutangewebe emporstei-

genden Skrofulodermaknoten in ihrem noch intakten Integument von akneähnlichen Folliklisblüten und dicht daneben von follikulären Lichenknötchen eingenommen war.

Da nun nach dem heutigen Stande der Pathologie das tubero-ulzeröse Skrofuloderma als typischer Repräsentant der echten bazillären Hauttuberkulose angesprochen werden kann und alle Anzeichen dafür sprechen, daß auch der Lichen scrophulosorum in die gleiche Kategorie einzureihen ist, so hat diese in der ganzen Beobachtungsserie zutage getretene innige Verkettung dieser Exanthemformen mit den papulo-nekrotischen Elementen der Folliklis die Bedeutung eines stringenten Hinweises gewonnen, der nicht nur die enge Stammverwandtschaft all dieser Läsionsformen und ihre organische Zugehörigkeit zu dem Gesamtbilde der Skrofulo-Tuberkulose zu beleuchten vermag, sondern auch die klinische Beweisführung um ein wertvolles Argument bereichert, das für die spezifische Natur der papulonekrotischen Tuberkulide wirksamst ins Feld geführt werden kann.

Für diese Interpretation haben sich bei der Feststellung des anatomischen Läsionssubstrates weitere Belege gewinnen lassen, wenn auch die Identifizierung der strukturellen Verhältnisse mit den Produkten der spezifisch tuberkulösen Gewebsschädigung nicht bis zu dem bazillären Nachweis fortzuführen war. Die anatomische Grundlage der nekrotisierenden Knötchenformen konnte in acht Fällen erhoben werden, wobei Vf. die Analyse vorzüglich auf initiale, klinisch von regressiven Veränderungen freie Efflorleszenzen auszudehnen bestrebt war, um für den Ausgangspunkt der histologischen Veränderungen striktere Direktiven zu gewinnen.

In allen rezenten Formen war der Sitz des initialen Angriffs in die retikulierte Kutisschicht zu verlegen, woselbst in ihren Wandungen tief alterierte Sammelgefäße und in der feineren Struktur beeinträchtigte Schweißdrüsenknäuel den Kern umschriebener und in die höheren Kutislagen difundierender Infiltrationsherde bildeten. Gleichwie in dem histologischen Bilde der tuberkulösen Gewebsalteration überhaupt, waren auch hier die Gefäße höherer Ordnung in prävalierende Mitleidenschaft gezogen, die von der perivaskulären Infiltration und endothelialen Proliferation bis zur thrombotischen Verlegung und nekrotischen Auflösung in allen Entzündungsphasen anzutreffen waren.

Mit der Zunahme der kutanen Infiltrationsknoten und ihrer nekrotischen Umwandlung gingen stets exsudative Oberhautveränderungen einher, die in der Pustulation und supurativen Destruktion der überschichteten Epidermisbezirke ihren Ausdruck fanden.

In dem herdförmigen Auftreten der konzentrisch geschichteten Läsionsformen und ihrem Aufbau aus proliferierenden fixen Gewebszellen, epitheloiden und peripher gruppierten Wanderzellen waren vielfache Analogien zur Tuberkelhistologie gegeben. Weiterhin sind in den regressiven Vorgängen der Nekrose, Suppuration und Erweichung, Wirkungsäußerungen zu erblicken, welche zu den charakteristischen Eigenschaften der in den spezifischen Mikroben enthaltenen Giftstoffe zählen, so daß auch die in der Untersuchungsreihe erhobenen Gewebsbefunde die unmittelbare Mitwirkung der Tuberkelbazillen an der Formation der papulo-nekrotischen Ausschläge mehr als wahrscheinlich machen, wenn auch der Mikrobennachweis selbst nicht beizubringen war.

Um auch den experimentellen Agnoszierungsweg nicht unversucht zu lassen, hat Vf., soweit es ging, die Tuberkulinreaktion zu verwerten getrachtet, ohne daß jedoch hiebei für die pathogenetische Beurteilung der Eruptionsformen genauere Anhaltspunkte zu gewinnen waren. Allenthalben war der Lymphe gegenüber (Alttuberkulin) ein refraktäres Verhalten zu verzeichnen, indem sich nur in jenen Fällen eine Lokalreaktion provozieren ließ, in welchen disperse Lichenausbrüche das Krankheitsbild komplizierten. Auch da waren es mehr diffuse, den toxischen Erythemen zuzurechnende Phänomene, die bei ihrer flächenhaften Ausbreitung von den Lichenaggregaten in

den Verteilungsbezirk der nodulären Schübe übergriffen. Eine selbständige, die papulo - nekrotischen Elemente gleichmäßig betreffende örtliche Reaktion war in keinem Falle zustande gekommen. Doch dürfte in dem Entfall der örtlichen Reizwirkung keineswegs ein Moment gegeben sein, das den spezifischen Charakter der Veränderungen auszuschließen geeignet ist. Zeigt sich doch, daß in ihrer Natur eindeutige, virulente Formen der Hauttuberkulose oft genug auf den Provokationsversuch negativ reagieren.

Einem Gedankengange Neissers über die Aktion des Tuberkulins folgend, wäre vielmehr der Vorstellung Raum zu geben, daß die in den Folliklisefflorescenzen deponierten Mikroben nicht mehr die biologische Fähigkeit besitzen, um jene Menge von Stoffwechselprodukten zur Ausscheidung zu bringen, welche in Verbindung mit dem einverleibten Tuberkulin zur Provokation der örtlichen Reizerscheinungen erforderlich sind. — (Dermatol. Zeitschr., Bd. 11, H. 12.)

(Autorreferat.)

i) Knochensystem.

Ueber Spiralbrüche an den langen Röhrenknochen der unteren Extremitäten. Von M. v. Brunn in Tübingen.

Die Spiral- oder Torsionsbrüche der Röhrenknochen, insbesondere an den unteren Extremitäten, sind nicht im entferntesten so selten, wie man glaubte, als sie von v. Bruns im Jahre 1884 (von Bruns Beiträge, Bd. I) zum erstenmal als besondere Bruchform erwähnt wurden. Spiralbrüche kommen meist dadurch zustande, daß im Augenblick der heftigen Gewalteinwirkung auf die Extremität diese fixiert und der Rumpf um seine Längsachse herumgedreht, bezw. geschleudert wird. Das eingehende Studium und die genauere Kenntnis der Spiralfrakturen verdanken wir erst der Röntgen-Photographie. In der v. Bruns'schen Klinik in Tübingen wurden in $6^1/_2$ Jahren 140 Frakturen des Oberschenkels und 283 Unterschenkelbrüche beobachtet. Von den ersteren bestehen von 88 Fällen Röntgen-Aufnahmen, von den letzteren 195. Es wurden unter diesen 19 Spiralbrüche des Oberschenkels und 36 Torsionsfrakturen der Unterschenkelknochen festgestellt; unter den letzteren finden sich elf Spiralbrüche der Tibia zusammen mit Spiralbruch der Fibula, neun Spiralbrüche der Tibia mit Biegungsbruch der Fibula, vier Spiralbrüche des Schienbeins mit unbekannter Bruchform des Wadenbeins; bei einem Fall von Spiralbruch der Fibula war ein Biegungsbruch der Tibia eingetreten, bei einem weiteren Torsionsbruch der Fibula eine Abrißfraktur der Tibia, bei neun Fällen war die Tibia allein spiralig gebrochen und in einem Falle die Fibula allein, mit Bänderzerreißung am Sprunggelenk.

Die Mehrzahl der Oberschenkelspiralbrüche wurde bei Kindern beobachtet, und zwar in 12 von den 19 Fällen; 15 betrafen das männliche, 4 das weibliche Geschlecht; zwei von den Erwachsenen waren Bauern, je einer Bürstenmacher, Holzhauer und Zimmermann.

Von den 36 Patienten mit Spiralfrakturen der Unterschenkelknochen waren 30 Patienten männlichen, 6 weiblichen Geschlechtes. Die Mehrheit der isolierten Tibiafrakturen betraf Kinder, nämlich sechs von den neun Fällen; die einzige isolierte Spiralfraktur der Fibula dagegen wurde bei einem 62jährigen Manne beobachtet. Komplikationen waren selten, trotz der Spitzigkeit der Bruchstücke und der großen Länge der Bruchlinien. Am Oberschenkel waren zwei Spiralbrüche kompliziert, die gut heilten. Unter den Unterschenkelspiralbrüchen wurden vier beim Unfall erfolgte und drei sekundäre Perforationen der Weichteile beobachtet; von den primären Durchstechungen eiterte nur ein Fall bei einem 42jährigen Bauer; außerdem mußte bei dem isolierten Fibulabruch wegen, von der komplizierten Bänderzerreißung ausgehender, Fußgelenkvereiterung die Amputation nach Gritti vorgenommen werden. Die sekundären Durchstechungen, die fast regelmäßig infiziert werden, lassen sich nur dann vermeiden, wenn man lange Zeit hindurch Extensionsverbände anwendet; weder Schienen noch exaktester Gipsverband vermögen die sekundäre Perforation

zu verhindern. Die Prognose der Spiralfrakturen, die man früher irrtümlicherweise für schlechter gehalten hatte als die der gewöhnlichen Brüche, ist im allgemeinen dieselbe wie bei anderen Frakturen. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 44, H. 3, S. 655 ff. u. Taf. XI—XV.)

Klar, Heidelberg.

k) Konstitutionskrankheiten.

Ueber die Brauchbarkeit des Lohnstein'schen Präzisionsgärungs-Saccharometers und der beiden Riegler'schen Metoden zur quantitativen Zuckerbestimmung im Harn, mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der ärztlichen Praxis. Von Ernst Meinicke.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, das Lohnstein'sche Präzisionsgärungssaccharometer, die Riegler'schen Methoden von 1897 und 1901 und einen Halbschattenapparat in ihren Ergebnissen bei der quantitativen Zuckeranalyse des menschlichen Harns zu vergleichen. Als Maßstab für eine ideale praktische Methode wurden die Forderungen der Eindeutigkeit, Einfachheit, Genauigkeit und Billigkeit erhoben. Diesen vier Ansprüchen entspricht nur „der Lohnstein“ für unverdünnte Urine in völlig befriedigender Weise und ist daher dem praktischen Arzt in erster Linie zu empfehlen. Nach ihm käme der Riegler'sche Apparat von 1901 in Betracht, der bei verhältnismäßig niedrigem Preise gute Resultate liefert, die nur durch mangelnde Eindeutigkeit getrübt werden. Sein Wert für die tägliche Praxis wird aber durch die umständlichen und zeitraubenden Bestimmungen beeinträchtigt; zu seiner Empfehlung könnte noch dienen, daß er zugleich zur quantitativen Harnstoffbestimmung zu verwenden ist. Der Polisationsapparat, der zwar auch nicht absolut eindeutige Resultate liefert, aber äußerst bequem zu handhaben ist, wird seines hohen Preises wegen eine allgemeine Verbreitung unter den praktischen Aerzten nicht finden, auch trotz seiner exakten Resultate. Das von Riegler 1892 angegebene Verfahren endlich weist namentlich bei geringem Zuckergehalt erhebliche Fehlerquellen auf und ist darum am wenigsten zu empfehlen. — (Inaug.-Diss., Göttingen 1903.)

F. L.

Zur Symptomatologie der Barlow'schen Krankheit. Von Dr. Siegfried Weiß. (Karolinen-Kinderspital in Wien.)

Ein $4^1/_2$ Monate altes Mädchen von normaler Entwicklung erkrankte im Verlauf einer seit drei Wochen dauernden Dyspepsie innerhalb fünf Stunden an einer orangegroßen Geschwulst der rechten Wange, die sich auch nach der Mundhöhle hin vorwölbte. Es handelte sich um ein Hämatom an der Tuberositas maxillae, das Vf. durch Exklusion als eine Barlow'sche Erkrankung diagnostiziert. Der atypische Sitz hängt vielleicht mit den hoch oben im Oberkiefer sitzenden Zahnkeimen zusammen, die ja Lieblingsstellen für Barlow'sche Blutungen sind. Nebenbei fanden sich Hautblutungen in der Planta. Spontanheilung. Das Kind war ausschließlich an der Mutterbrust genährt. Viel häufiger sind die auch vom Oberkiefer ausgehenden Orbitalhämatome. Kleine, tiefgelagerte Wangenhämatome können, besonders wenn Schmerzen fehlen, leicht übersehen werden. — (Wien. med. Wochenschr., Nr. 8, 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Therapeutische Neuigkeiten.

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Ueber Neuronal.

Das Mittel wirkt nach den Erfahrungen von Dr. Kurt Schulze günstig in den meisten Fällen von Schlaflosigkeit, soweit nicht starke Schmerzen oder heftige Beschwerden irgend einer Art komplizierend wirken. Auf Kopfschmerzen hat es keinen Einfluß. Bei Epilepsie scheint es die Zahl der Anfälle herabzusetzen. Eine kumulative Wirkung findet offenbar nicht statt,



eher eine gewisse Abschwächung bei länger fortgesetztem Gebrauch. Leichte Nebenwirkungen kommen gelegentlich vor, sind aber selten und gefährden den Kranken nicht. — (Ther. der Gegenw. Nr. 1, 1905.)

Anästhesin.

X. Mayer berichtet in seiner Dissertation (München 1903) über die Erfahrungen, die an der königl. Universitäts-Ohrenklinik von Prof. Haug (München) mit Anästhesin gemacht wurden. Danach hat sich das Medikament bei Otitis externa sehr gut bewährt, und zwar sowohl bei der circumscripta wie bei der diffusa, d. h. bei jener ausgedehnten furunkulösen Entzündung, die eine Entzündung des ganzen Gehörganges hervorruft. Nach zirka 3—5 Minuten tritt bei der 3%igen Anästhesinlösung vollkommene Schmerzlosigkeit ein, die durchschnittlich 2½ Stunden dauert; etwas schneller tritt die Schmerzlosigkeit ein mit der 8%igen Lösung (Anästhesin in Alkohol und Glyzerin gelöst) nach etwa 1½—2 Minuten und hält durchschnittlich 3—4 Stunden an. Schon nach einer Minute ist der Schmerz bei der 8%igen Anästhesinlösung (in Alkohol) verschwunden; die Schmerzfreiheit bei der letzteren Lösung dauert 3—4 Stunden. Auf die Periode der Beschwerdefreiheit folgt eine Periode der Schmerzverminderung, die durchschnittlich ¾ Tage andauert, in manchen Fällen hören die Schmerzen überhaupt auf. In Anbetracht dieser Tatsache kann das Mittel nach der Meinung des Vf. nicht genug geschätzt werden. — Zum Schlusse seiner Arbeit führt Vf. einige der Haug'schen Anästhesinrezepte an, deren Wert an der Münchener Ohrenklinik sich bewährte. Speziell bei chronischen Ekzemen der Diabetiker und Arthritiker, die durch ihren höchst unangenehmen Juckreiz die Patienten belästigen und bei denen sich oft objektiv wenig mehr findet, als eine leichte Infiltration des Korium der Gehörgangshaut, die mit geringer Schuppenbildung einhergeht, hat Haug eine unverkennbar günstige Einwirkung auf die Tilgung und Minderung des Reizes beobachtet. Er verwandte dabei folgende Formeln:

Rp. Anaesthesin. 5·0—10·0
Gelat. alb. 10·0
Glycerin. pur. 85·0
M. D. S. f. amygd. aur.

Rp. Acid. carbol. 1·0
Anaesthesin. 2·0
Alcohol.
Aq. dest. } āā 20·0
Glycerin. 10·0

Rp. Thymol. oder Menthol. oder Naphthol. 0·1
Anaesthesin. 2·0—4·0
Alcohol. 30·0
Glycerin. 20·0

Auch Insufflationen 1·0—2·0 : 40·0 Bol. alb. und Salben 2—4 : 100 Unguent. boric. dazu 0·2—0·5 Naphthalan bewährten sich.

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Alsol. Zusammensetzung: Aluminium acetico-tartaricum. — Eigenschaften: Farblose bis schwach gelbliche, wasserlösliche Kristalle. — Anwendung: In 1—3%iger Lösung als Desinfiziens und Adstringens, in ½—2%iger Lösung als Nasendusche, in konzentrierter Lösung bei Balanitis und Frostbeulen. Der übrige Indikationskreis ist der von Liquor Aluminii acetici. — (Riedels Ber. 1904.)

Amyloform. Zusammensetzung: Kondensationsprodukt von Formaldehyd mit Stärke. — Eigenschaften: Weißes, geruchloses, in allen Lösungsmitteln unlösliches Pulver, aus welchem durch verdünnte Säuren Formaldehyd abgespalten wird. — Anwendung: Zur Wundbehandlung als Jodoformersatz, auch als Streupulver. — (Riedels Ber. 1904.)

Antitänin ist ein Bandwurmmittel, bestehend aus 9·0 g Extr. Fil., 1·0 flor. Kusso und 0·05 g Podophyllin.

Bromocoll. Zusammensetzung: Eine 20%ige Brom in intramolekularer Bindung enthaltende Bromtanninleimverbindung. — Eigenschaften: Bräunliches, geruch- und geschmackloses Pulver. Es passiert den Magen unverändert und wird erst im Darm gelöst. — Anwendung: Als Beruhigungs-, respektive Schlafmittel an Stelle von Bromkalium in Dosen von 1 bis 6 g mehrmals täglich. Bei Epilepsie in

großen Dosen (bis 30 g). Darreichung in Mineralwasser oder dergleichen, auch in Tabletten. In 20%iger Salbe mit Resorbin wird Bromocoll verwendet bei Ekzem, Hämorrhoiden, Pruritus, Prurigo, Urtikaria etc. — Bromocoll löslich, ist eine 10% Bromocoll enthaltende Flüssigkeit, in welcher das Bromocoll durch Borax in Lösung gebracht ist. Anwendung wie die Salbe, besonders bei Pruritus und Prurigo. — (Riedels Ber. 1904.)

Calomelolpulver besteht aus 5·0 g Calomelol, 2·5 g Zinkoxyd und 2·5 g Amylum.

Citontabletten. a) weiße: 0·1 Paraphthaleïn, 0·5 Zucker, 0·01 Menthol; b) braune: 0·1 Paraphthaleïn, 0·5 Zucker, 0·002 Vanillin und 0·1 Kakao. Abführmittel.

Cuprol ist Kupfernukleid mit 6% Cu. In der Ophthalmologie, bei urethralen Erkrankungen, Geschwüren, Hautkrankheiten in 5—10%iger Lösung (mit ½% Chloreton), Salbe oder als Pulver. — (Pharm. Post. 1905.)

Diastasin ist ein hochdiastatischer Malzextrakt der Firma Hauser u. Sobotka in Stadlau, der in flüssiger, trockener und Pastillenform, sowie mit den verschiedensten medikamentösen Zusätzen in Verkehr kommt. — Diastasin mit Phosphorkalk: bei Rachitis, Skrofulose, um Knochenwachstum und Zahnbildung der Kinder zu befördern. — Diastasin mit Phosphorkalk und Eisen: bei Bleichsucht, Blutarmut, Rachitis, Skrofulose, heruntergekommenem Körperzustand. — Diastasin mit Jodkalium: bei Erkrankung drüsiger Organe, Entzündungserscheinungen, Skrofulose, Syphilis. — Diastasin mit Chinin: bei Fieber, Neuralgien, Migräne, Nachtschweißen. — Diastasin mit Chinin-Eisen: bei Blutarmut, Bleichsucht, Neuralgien. — Diastasin mit Pepsin: bei schlechter Verdauung, Magenbeschwerden und Magenleiden. — Diastasin mit Lebertran: bei schwächlichen Kindern, Rachitis, Skrofulose, zurückgebliebenem Knochenwachstum. — Diastasin mit Phosphorkalk und Eisen: bei Rachitis, Skrofulose, Knochenerkrankungen. — (Pharm. Post. 1905.)

Duralcolbinden Helfenberg sind 6 cm breite Binden mit 94%igem Alkohol, dem durch neutrale Seife eine feste Form gegeben ist. Sie kommen in Blechkapseln in Verkehr und werden in drei- bis vierfacher Schicht als Spiritusverbände aufgelegt.

Enterin ist ein Hexamethylentetramin-Proteid. Fiebermittel und Adstringens. Gabe: 0·75 g.

Extr. Cecropiae. Das aus 2 Teilen frischen Blättern und 1 Teil Alkohol bereitete Fluidextrakt wird als Kardiotonikum und Diuretikum statt Digitalis in Dosen von 30 Tropfen pro die verordnet. — (Pharm. Post 1905.)

Extr. Solani carolinens. fluid. Aus den Beeren von Solan. carol. hergestellt; statt Bromsalzen gegen Epilepsie empfohlen. — (Pharm. Post 1905.)

Extr. Sorbii aucupariae fluidum, aus den zerriebenen frischen Beeren erhalten, wird als Abführmittel in Dosen von 20 Tropfen bis ½ Eßlöffel zwei- bis dreimal täglich angewendet. — (Pharm. Post 1905.)

Jamrosin. Zusammensetzung: Ein Fluidextrakt aus einer ostindischen Myrtacee. — Anwendung: Mehrmals täglich sechs Tropfen bei Diabetes.

Jecorin. Zusammensetzung: 20 g enthalten: Calc. chlorhydrophosphoric. 0·1, Calc. lactophosphor. 0·1, Acid. lactic. 0·05, Acid. phosphoric. 0·6, Jod 0·01, Ferr. jodat. 0·075, Extr. Artemis. comp. 1·0. — Anwendung: Eßlöffelweise als Lebertranersatzmittel.

Jodferratin. Zusammensetzung: Eine 6% Eisen und 6% Jod enthaltende Verbindung von Jod mit Ferratin. — Eigenschaften: Rotbraunes, neutrales Pulver. — Anwendung: Vorzugsweise in Form von Syrupus Ferratini jodati, Jodferratose. (Bewährtes Mittel.)

Jodferratose. Zusammensetzung: Syrupus Ferratini jodati, eine versüßte Lösung von Jodferratin, welche je 0·3% Eisen und Jod enthält. — Anwendung: Täglich 3—4 Eßlöffel (Kinder 3—4 Kaffeelöffel) als Ersatz für Syrupus Ferri jodati.

Jodosin. Zusammensetzung: Ein Jodeiweißpräparat, welches 15% Jod ent-

hält. 0·25 g entsprechen einem Gramm Jodkalium. — Anwendung: Bei parenchymatösen Strumen, Myxödem, Tetanie. Das Mittel wird vorzugsweise als Liquor Jodosini mit 0·25% Jod angewendet.

Kakaophen. Zusammensetzung: Ein Gemisch von dextriniertem Reismehl, Leguminosenmehl und reinem Kakao. Fettgehalt 12·17%, Proteingehalt 26%. — Anwendung: Als Nährpräparat.

Kalagua-Extrakt. Zusammensetzung: Das Extrakt aus einer in Kolumbien heimischen Pflanzenart namens Kalagua. — Anwendung: Als den Appetit anregendes Mittel.

Karno ist ein zirka 8% Eiweiß enthaltendes flüssiges Fleischpräparat.

Kastanienkraftmehl (Flügge) ist ein aus entbitterten und vom Saponin befreiten Roßkastanien hergestelltes Nährmittel, das zirka 0·8% Phosphorsäureanhydrid enthält und knochenbildend und nervenstärkend wirken soll.

Kineurin. Zusammensetzung: Glyzerinphosphorsaures Chinin, $C_8 H_7 O_3 . PO_3 (C_{20} H_{24} N_2 O_2)_2$. — Eigenschaften: Weißes, 68% Chinin enthaltendes, in heißem Wasser lösliches Pulver. — Anwendung: Als Tonikum in Form von Pillen nach Malaria.

Klopfers Kindermehl. Zusammensetzung: Wasser 2·41, Salze 2·37, Eiweiß 18·91, Fett 3·36, Kohlehydrate, in kaltem Wasser löslich, 70·30%, Kohlehydrate, in kaltem Wasser unlöslich, 2·65%. Die Grundsubstanzen des Präparats sind Weizenmehl und Grünmalzauszug.

Knochenmarkextrakt. Zusammensetzung: Durch Digerieren von frischem Rindermark mit Glyzerin hergestelltes Präparat. — Anwendung: Teelöffelweise als Kräftigungsmittel, sowie bei Rachitis und Osteomalazie, Anämie, Diabetes, Neurasthenie etc.

Knochenmehl (Kneipps, blutbildendes). Zusammensetzung: Milchsaures Eisen 1·0, phosphorsaures Mangan 1·0, milchsaures Mangan 1·0, weißgebrannte frische Knochen 100·0.

Kolactose = ein Kola-Nährpräparat.

Kräutermischung Falkenberger. Abführmittel. Besteht aus Frangula, Cascar sagrad, fol. sennae āā 20·0, fol. malv. vlg., flor. Calend., fol. Menth. pip. āā 5·0, Gramen, Liquir. āā 10·0.

Kresalol-Meta. Zusammensetzung: Metakresylsalizylat, Salizylsäuremetakresylester, $C_6 H_4 OH . COO C_6 H_4 . CH_3$. — Eigenschaften: Farblose, in Wasser unlösliche, in Alkohol und Aether lösliche, Kristalle. In Dosen von 0·25—1·0 als Antirheumatikum und Darmantiseptikum (Cholera, Dysenterie, Rheumatismus etc.). Tagesdosis höchstens 4·0.

Lactanin. Zusammensetzung: Bismuthum bilactomonotannicum. — Eigenschaften: Gelbes, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver. — Anwendung: Bei Darmkatarrhen jeder Art, besonders bei Kindern. Rp. Lactanin 2·0—3·0, Syrup. gummos. 40·0. Gut umgeschüttelt täglich 4—5 Teelöffel voll zu geben.

Lactopeptin. Zusammensetzung: Gemisch von 120 Teilen Milchzucker, 24 Pepsin, 18 Pankreatin, 1·5 Diastase, 2 Salzsäure und 2 Milchsäure. — Eigenschaften: Bräunliches Pulver. — Anwendung: Bei Magenverstimmung in Dosen von 0·6—1·0 (Kindern die Hälfte) in Wasser oder Wein.

Lactopepsin. Zusammensetzung: Ein Gemisch von Milchsäure mit Pepsin. — Eigenschaften: Gelblichweißes, in Wasser nur zum Teile lösliches Pulver. — Anwendung: In Dosen von 0·3—0·6 mehrmals täglich bei Kinderdurchfällen.

Laxatol, aromatisierte Phenolphthalein-Abführtabletten (F. X. Linde. Melk.)

Laxol. Zusammensetzung: Mit Saccharin und Pfefferminzöl versetztes Rizinusöl.

Lezithin-Perdynamin. Zusammensetzung: Lezithinhaltiges Hämoglobinalbuminat. — Anwendung: Als Roborans bei Rachitis, Anämie etc.

Lezithol Riedel. Zusammensetzung: Chemisch reines, aus frischem Hühnereigelb hergestelltes Lezithin, zirka 4% resorbierbaren Phosphor enthaltend. — Eigenschaften: Gelbbräunliche, wachs-

artige Substanz, mit Wasser stark quellbar, löslich in Alkohol und Aether, schwer in fetten Oelen. — Anwendung: Leicht resorbierbares Roborans bei allen Zuständen, wo die allgemeine Ernährung infolge chronischer Leiden darniederliegt, in Dosen von 0·05—0·15 mehrmals täglich in Form von Pillen oder als Lecithol-Malzextrakt, Lecithol-Schokolade, oder in Oel gelöst in Gelatineperlen oder als subkutane Injektion.

Letalbin ist ein gelbliches Pulver von Eigelbgeschmack mit 20% Reinlecithin und 75% Eiweiß.

Levuretin wird aus frischer Bierhefe hergestellt, enthält Zymase; befördert daher die Verdauung der Kohlehydrate; bei Diabetes empfohlen.

Li-Ferrosol. Zusammensetzung: Eine Lithium enthaltende Lösung von Eisensaccharat in Chlornatrium.

Lipanin. Zusammensetzung: Olivenöl, welchem 6% reiner Oelsäure hinzugefügt sind. — Eigenschaften: Oelige, nicht unangenehm schmeckende Flüssigkeit, welche leicht emulgiert und resorbiert wird. — Anwendung: Eßlöffelweise zu nehmen, als Lebertranersatz empfohlen.

Liquor Hämoglobini Fringel ist ein flüssiges Hämatogen.

Lofotol. Zusammensetzung: Mit Kohlensäure imprägnierter Lebertran.

Lomol = eingetrockneter Muskelsaft.

Magentrost, Kneipp. Zusammensetzung: Johanniskraut 3·0, Schafgarbe 1·0, Wachholderbeeren 1·0, Enzianwurzel 1·0, Hagebutten 1·0, Wermut 0·5, Bitterklee 0·5, Zinnkraut 0·5, Augentrost 0·5, Tausendguldenkraut 0·5, Pfefferminzöl 0·1, Spiritus von 60% 100·0.

Magenwein, Dr. Messens, besteht aus 250 g Finzelberg'scher Pepsinessenz mit 2 g Chinin und 2 g Pommeranzenextrakt.

Milchfleischextrakt von Eberhardt.

Myogen (Plönnis) ist ein Eiweißnährpräparat aus Rinderblutserum.

Natrium kakodylicum ist eine organische Arsenverbindung, die 54% Arsenik enthält. Empfohlen bei Tuberkulose im Anfangsstadium, Hautkrankheiten, Chlorea, Neurasthenie, Diabetes (?).

Nährsalz „Nägeli" oder physiologisches Blutsalz von Hausmann in St. Gallen in Tabletten à 0·10 g enthält: Kal. chlorat., Kal. phosphor., Natr. phosphoric., Calc. phosphoric., Calc. fluorat., Ac. silicic., Mangan. sulfuric., Ferr. sulfuric., Ferr. phosphoric. angeblich in dem Verhältnis, in dem sie im Blut vorkommen. Dosis: 2—3 Tabletten täglich.

Neurosin (Prunier). Präparat aus glyzerinphosphorsaurem Kalk.

(Fortsetzung folgt.)

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Therapeutische und prophylaktische Injektionen von Diphtherie-Antitoxin.

Dr. Schäffer (Leun) kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Seruminjektion ist bei Kranken wie bei Gesunden unschädlich. 2. Sie ist das sicherste Mittel zur Bekämpfung der Diphtherie und enthebt von der Notwendigkeit lokaler Behandlung. 3. Die prophylaktische Seruminjektion verhindert sechs Wochen lang sicher eine Erkrankung an Diphtherie, bei durchführbarer Isolierung sehr wahrscheinlich wesentlich länger. 4. Die Immunisierung mit Behring'schem Serum sollte zu allen Zeiten von Epidemien in ausgiebigem Maße auf öffentliche Kosten ermöglicht, aber nicht erzwungen werden. Wer in der Lage ist, seine Kinder sorgfältig ärztlich überwachen zu lassen, eventuell zu isolieren, kann auch den Eintritt der Erkrankung abwarten und dann sofort injizieren lassen. Wo dies nicht angängig, ist Immunisierung rätlich. — (Die ärztl. Praxis, Nr. 24, 1904.)

Antistreptokokkenserum.

Walker hatte Gelegenheit, das Mittel an sich selbst zu erproben. Er infizierte sich bei der Sektion eines an einer eiterigen Knochenerkrankung gestorbenen Kindes. Es kam zu Sepsis, Lymphangitis, Lymphadenitis und lokaler Schwellung am Finger. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes ergab eine Reinkultur sehr virulenter Streptokokken. Nach sofort vorgenommenen Serumeinspritzungen

(anfangend mit 25 cm^3 und fortgesetzt mit je 10 cm^3 des Serums von Burroughs Wellcome u. Co.) trat sofortige Besserung und Heilung ein. — (Lancet, 31. Dez. 1904.)

Bodagen ist der wirksame Bestandteil aus der Milch thyreoidektomierter Ziegen. Findet Verwendung bei Morbus Basedowii; weißes, wohlschmeckendes Pulver, das zur Hälfte aus Ziegenmilchextrakt, zur Hälfte aus Milchzucker (als Korrigens) besteht. — Die tägliche Dosis beträgt 5—10 g. — Preis 15 Pfg. pro Gramm.

2. Nahrungs- und Genußmittel.

Hämatin-Eiweis (Plönnis).

Zusammensetzung: Wasser 10·540%, Eiweiß 85·975%, Aetherextrakt 0·558%, Mineralstoffe 1·331%, Eisen (Fe_2O_3) 0·468%, Phosphorsäure (P_2O_5) 0·170%. — Um das Hämatineiweiß leicht nehmen zu können, wird es in Tablettenform (mit einem Zusatz von 10% Vanillezucker), oder als Hämatin-Schokoladetabletten, welche 75% Hämatin-Eiweiß und 25% Schokolade enthalten, in den Handel gebracht. — (Zeitschr. f. öff. Chemie, II. 17, 1903.)

Tonisierende Weine.

In einer Arbeit „Ueber tonisierende Weinpräparate" (Therap. Monatsh. Nr. 1, 1905) empfiehlt Oskar Liebreich, Berlin, den bekannten Wial'schen tonischen Wein aufs beste. (Auch ich kann dieses günstige Zeugnis bestätigen, da ich schon seit einer Reihe von Jahren mich mit Vorliebe dieses Wial'schen Weines als Stomachikum und Tonikum bediene und denselben sehr bewährt fand. F. L.)

Lezithin-Schokolade-Tabletten bestehen aus Eigelb-, Lezithin- und Schokolademasse; jede Tablette enthält 0·05 g Lezithin; diese Art der Lezithindarreichung scheint nach Goliner (Reichs-Med.-Anzeiger, Nr. 1, 1905) eine rationelle und sehr empfehlenswerte zu sein. Auch kleine Kinder nehmen die Tabletten gern. (Fabrikant: Dr. H. Müller u. Cie., Berlin.)

3. Anderweitige Heilbehelfe.

(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

Ueber die therapeutische Bedeutung der Heißluftdusche. Von Dr. A. Frey in Baden-Baden.

In dem Bestreben, einen Heißluftapparat zu finden, dem die schwerwiegenden Nachteile des Tallermann'schen nicht anhaften, gelang es dem Vf., ein Instrument zu konstruieren, dessen Modell er schon vor einiger Zeit bekannt gegeben hat. Der Apparat, mit dem elektrischen Strom betrieben und geheizt, besteht aus einem kleinen Motor, der einen Ventilator treibt; dieser liefert den Luftstrom, der durch einen elektrischen Heizkörper geführt und hier erwärmt und von diesem durch einen beweglichen, gut isolierten Schlauch auf den zu behandelnden Körperteil geleitet wird. Die weiteren technischen Details lassen sich nicht kurz referieren. Nach einer Erläuterung der physiologischen Wirkung der Heißluftdusche erfahren wir in den weiteren Ausführungen des Vf. das Nähere über die Verwendung und Indikation derselben. In erster Linie führt er seine Erfolge bei den auf chronisch-rheumatischen Veränderungen beruhenden Affektionen der verschiedenen Gelenke an; überraschende Erfolge hatte Frey bei Hexenschuß und steifem Hals; fast ebenso günstig waren die Erfolge bei der Behandlung gichtischer Gelenkerkrankungen. Von den Erkrankungen des Nervensystems sind es vor allem die Neuralgien, die für die Heißluftdusche-Behandlung in Betracht kommen. Sehr prompte Erfolge sieht man nach Frey besonders bei Magenkrampf; gut sind auch die bei spastischer Obstipation und bei chronischem Darmkatarrh. (Gallensteinkolik.) Bei Erkrankung der Respirationsorgane ist besonders in Frankreich die Heißluftdusche als Inhalation bei chronisch-pneumonischen Prozessen vielfach verwendet worden. Sie eignet sich vorzüglich zu solcher Inhalation, da sie absolut reine, keimfreie, heiße Luft in jeder Menge von jeder gewünschten Temperatur liefert, und weil man leicht auch vermittels einer Wulf'schen Flasche ätherische Stoffe beimengen kann.

Bei den Erkrankungen der Organe des uropoetischen Apparats hat Vf. bis jetzt nur einige günstige Erfolge bei Blasenkrampf gesehen. Vielfache Verwendung findet wegen der Bequemlichkeit der Anwendung die Heißluftdusche in der Hand des Augen-, Ohren-, Hals-, Nasen-, Kehlkopfspezialisten. In der Gynäkologie äußere und vaginale Anwendung. Bei der Behandlung der Hautkrankheiten verweist Vf. auf die mikrobentötende Wirkung der heißen Luft. Diese summarische Aufzählung zeigt, daß der Heißluftdusche ein weites therapeutisches Feld der Anwendung offen steht. — (Phys.-med. Monatsh., Nr. 1, 1904.)

4. Rezeptformeln.

Keuchhusten.

Rp. Veronal 1·5 : 75 Aq. (fervid.)
Aq. Valerian. 20·0
Syr. Althaeae ad 120·0

M. D. S. Zweistündlich ein Kinderlöffel voll in Milch.

Entzündungen des Respirationstraktes.

Halbhuber (Wien. med. Presse Nr. 1, 1905) bestätigt die günstigen Erfahrungen, die Weitlaner mit der Salizylnatron-Therapie machen konnte. Er verordnet bei akuten Erkrankungen der Nase, des Rachens, der Bronchien mit Fieber oder Kopfschmerz und Abgeschlagenheit:

Rp. Natr. salicyl. 1·0 (0·75)
Antipyrin. 0·25

M. D. tal. Dos. Nr. X ad chart. cerat. S. 2—4 Pulver in einem halben Glas Wasser.

Bei den subakuten und chronischen Erkrankungen des Rachens und der Bronchien mit vermehrtem Hustenreiz, Kitzeln im Rachen, verschleierter Stimme: täglich 1·5 g Salizylnatron, außerdem

Rp. Pulv. Ipec. opiat. }
Natr. bicarb. } āā 1·0
Pulv. gummos. 4·0

M. div. in dos. Nr. X ad chart. cerat. S. 3—4 Pulver täglich.

Bei Kindern:

Rp. Natr. salicyl. 1·5
Natr. bicarb. 1·00
Aq. dest. s. font. 130·0
Syr. simpl. 20·0

M. D. S. Zweistündlich ein Kaffee-, Kinder- oder Eßlöffel voll, je nach dem Alter.

Durch diese Therapie ist die ambulatorische Behandlung des Schnupfens und der Influenza möglich; nur in Fällen, wo auf Salizylgebrauch stärkere Transspiration eintritt, soll man den Salizylgebrauch auf den Nachmittag und Abend verlegen.

Chronischer Bronchialkatarrh.

Rp. Creosotali }
Ol. Amygd. dulc. }
Pulv. gumm. arab. } āā 15·0
Aq. dest. }

M. f. emulsio; adde
Aq. Menth. pip. 100·0
Syr. cort. Aurant. 15·0

D. S. Dreimal täglich ein Eßlöffel voll zu nehmen. — (Ther. Mon.-Ber. Nr. 3, 1905.)

Dyspnoe (zirkulatorische und respiratorische), Asthma nervosum, Atemnot auf urämischer Grundlage, Emphysem, Bronchitis.

Rp. Oxaphori 6·0
Aq. Menthae pip. 100·0
Cognac 10·0
Syr. cort. Aurant. 40·0

S. Gut aufgeschüttelt drei- bis sechsmal ein Eßlöffel voll.

Zur Bekämpfung des Fiebers bei Influenza.

Rp. Lactophenini Hoechst 0·75
f. p. D. tal. dos. Nr. X.

S. Dreimal täglich ein Pulver in Oblaten mit Lindenblütentee oder heißer Zitronenlimonade zu nehmen.

Gastralgie bei chronischer Gastritis.

Rp. Acid. mur. }
Pepsin. sicc. } āā 10·0
Aq. dest. ad 50·0

— (Leo, Ther. d. Gegenw., Dez. 1904.)

Stomatitis.

Rp. Thymoli 0·5
Mentholi 1·0
Tinct. Eucalypti 10·0
Alcohol. absolut. 50·0

M. D. S. Einige Tropfen auf ein Glas Wasser zum Ausspülen des Mundes mehrmals täglich. — (Ther. Mon.-Ber. Nr. 3, 1905.)

Gegen Lippenekzem empfiehlt J. Schäffer:

Rp. Ichthyol. 0·2—0·1
Zinc. oxyd. }
Bismuth. subnitr. } āā 2·0
Ung. lan. ad 20·0

— (Deutsche Klinik 1903.)

Psoriasis. Dreuw'sche Vorschrift:

Rp. Acid. salicyl. 10·0
Chrysarobin. }
Ol. Rusci } āā 20·0
Vaselin. flav. }
Sapon. virid. } āā 25·0

Nach Gebrauch der Salbe bildet sich auf der erkrankten Stelle eine dicke schwarze Kruste, auf die immer wieder neue Salbe aufgetragen wird.

Nasen- und Ohrlupus.

Rp. Formalin. pur. (ca. 40%) 1 cm³
Acid. lactic. }
Glycerini neutr. } āā 5 cm³
Aq. dest. }

M. D. S. Dreimal täglich einpinseln. (Trétrop.)

Laxans.

Rp. Aloes }
Rad. rhei pulv. }
Tub. jalapae pulv. } āā 1·0
Extr. frangul. }

M. f. pil. 50. S. Täglich 2—5 Pillen.

Laxans bei nervöser Darmatonie.

Rp. Fol. bellad. pulv. }
Extr. bellad. } āā 0·5
Succ. liquir. pulv. 5·0
Aq. dest. q. s.

f. pil. 50. D. S. Morgens nüchtern 1—3 Pillen.

5. Behandlungsmethoden.

Behandlung der Chorioiditis disseminata mit Natrium salicylicum.

R. Schobeß faßt seine an 44 Fällen gemachten Erfahrungen in seiner Dissertation (Heidelberg 1903) kurz folgendermaßen zusammen: Am wirksamsten und am nützlichsten erwies sich die alleinige Anwendung des Natr. salicyl. bei ganz frischen Fällen von Chorioiditis, bei denen außer der Erkrankung des Auges keinerlei sonstige Erkrankung des Körpers oder höchstens eine Angina notiert war. Fast dasselbe Resultat gaben im allgemeinen die mittelfrischen Fälle, bei denen eine Krankheitsursache ebenfalls nicht aufzufinden war, oder bei denen die Erkrankung mit Anämie, Chlorose oder mit Menstruationsstörungen einherging, insbesondere bei den Fällen, die nicht von Schmerzen in oder in der Nähe der Augen, im Kopf oder in den Gliedern begleitet waren. Ein im allgemeinen auch noch sehr befriedigendes Resultat erzielte die Behandlung durch alleinige Verordnung von salizylsaurem Natron in den mittelfrischen Fällen von Chorioiditis, bei denen Schmerzen in den Augen, im Kopf und in den Gliedern angegeben wurden, ohne sonstige erhebliche Krankheitserscheinungen des Körpers; teilweise auch in Fällen, die nach Gelenkrheumatismus oder Influenza sich bemerkbar machten. Es stellen sich diese Fälle ihrem ganzen Verlauf nach als die schwereren der mittelfrischen Fälle heraus. In den akuten Fällen frischer Chorioiditis, in denen sich die Schwere der Infektion entweder in der großen und schnellen Ausbreitung der Chorioiditis selbst oder in sonstigen Erkrankungen des Körpers zeigte, mußten neben Verabreichung des Natr. salicyl. auch noch andere Mittel in Anwendung gezogen werden; es zeigt sich aber auch bei ihnen der Nutzen des Mittels in ausgesprochenem Maße.

Subkonjunktivale Injektionen.

In fünf Jahren hat Senn 463 Augen mit subkonjunktivalen Injektionen behandelt; er bediente sich dabei teils einer 2%igen Kochsalzlösung, teil einer

Lösung 1:5000 Hydrarg. oxycyan. und setzte der Injektionsflüssigkeit 1% Akoinlösung hinzu. Beginnend mit 1 cm³ spritzte er schließlich selbst 3—4 cm³ Flüssigkeit auf einmal ein. Die Kochsalzinjektionen leisteten ihm speziell bei Herpes corneae, Ulcus corn., Keratitis traum. und Netzhautblutungen sehr gute Dienste. Die Injektionen von Hydrarg. oxycyanat. hatten bei zentraler Chorioiditis myopischer Augen wesentliche Besserung der Sehschärfe zur Folge und beeinflußten auch günstig Retinochorioiditis, Retinitis pigmentosa, Ablatio retinae, Scleritis, Keratitis parenchym., Iridocyklitis, Glaskörpertrübungen und selbst Ulcus serp. und infektiöse Prozesse nach Operationen. — (Arch. f. Augenheilk., Bd. 50, Med. Klinik. Erg., H. 3.)

Chloralhydrat bei Tetanus.

Binning berichtet über einen Fall von Tetanus, der einen 52jährigen Mann betraf. Es bestanden große Schmerzhaftigtigkeit, Trismus, fast völlige Unfähigkeit Flüssigkeiten zu schlucken und den Kopf zu bewegen, Opistotonus, alle zwei bis drei Minuten schmerzhafte Krampfanfälle besonders in der unteren Körperhälfte. Herz- und Pulsbefund waren normal. Nach der Verabreichung von Chloralhydrat nahmen die Krämpfe an Zahl und Intensität ab. Diese Behandlung reduzierte die Zahl der Anfälle auf 18 im Tage; in der neunten Nacht konnte Patient mehrere Stunden schlafen; die Bauchwand war jedoch noch hart und der Rücken gebogen. Nach Auftreten eines scharlachähnlichen Exanthems wurde das Mittel in längeren Intervallen gegeben, alle sechs Stunden, später alle vier Stunden bis zum 12. Tag. Heilung. — (Brit. med. Journ. Nr. 2291.)

Beitrag zur Lehre von der Behandlung des Tetanus traumaticus mit dem Behrnigschen Serum. Von Erich Ebstein. (Aus dem Luther-Stift zu Frankfurt a. O.: Dr. Pernice.)

Das Behring'sche Heilserum ist entschieden als ein bedeutender Heilfaktor in der Tetanustherapie zu betrachten. In den seltensten Fällen ist es allein imstande, ohne gleichzeitige Anwendung von innerlicher und chirurgischer Behandlung, einen Tetanuskranken zu retten. Auf jeden Fall ist, wenn die durch die Verletzung gesetzte Wunde in Eiterung übergeht, mit der Möglichkeit tiefliegender Abszesse im Bereich der nächsten Lymphdrüsen zu rechnen und daher eine durchgreifende chirurgische Behandlung unbedingt notwendig. Die Inkubationsdauer ist manchmal nur scheinbar eine von dem ersten Eindringen des mit dem Virus beladenen Körpers bis zum Ausbruch der ersten Symptome reichende. Wenn der Infektionsträger in einem aus mehreren Stücken zusammengesetzten Ballen besteht, ist eine erst später erfolgende Infektion des Körpers mit Tetanusgift möglich, daher die Inkubation eine bedeutend kürzere. — (Inaug.-Diss., Gießen, 1903.)

6. Varia.

Die Lysolvergiftung. (Aus der I. med. Klinik der k. Charité zu Berlin: v. Leyden.) Von Paul Kayser.

Zur Prophylaxe der Lysolvergiftung stellt Vf. folgende Sätze auf: 1. Man wende nie Lysol neben ähnlich aussehenden, zu innerlichem Gebrauch bestimmten Medikamenten ohne eindringlichste Instruktion an. 2. Man verwende keine stärkeren als 1%ige Lösungen zur Desinfektion und Wundbehandlung (respektive ½%ige Lösungen zu Uterusausspülungen). 3. Innerlich gebe man das chemisch nicht einheitliche, in seiner Wirkung unberechenbare und leicht zu ersetzende Mittel gar nicht. 4. Man versehe die Originalflasche mit Giftetikette und entziehe das Präparat dem Handverkauf, damit es nicht, wie es fast den Anschein hat, ein „modernes" Selbstmordmittel werde! — (Inaug.-Diss., Berlin, 1903.)

Untersuchungen einiger Dauerhefepräparate mit besonderer Berücksichtigung ihrer biologischen Eigenschaften. (Aus der k. med. Universitätsklinik zu Breslau.) Von Eugen Gardiewski.

Vom Standpunkt der therapeutischen Anwendung aus ist dasjenige Hefepräpa-



rat als das beste anzusehen, welches keine lebenden Hefezellen mehr besitzt, dagegen bei möglichst geringem Wassergehalt die größtmöglichste Gährkraft und bakterizide Wirkung entfaltet. Unter diesem Gesichtspunkte ist zweifellos Zymin das beste und empfehlenswerteste Präparat. Furunkuline und Levurinose sind zwei unbrauchbare Präparate, die bei der Menge von zugesetzter Stärke gar nicht mehr die Bezeichnung Hefepräparate verdienen. Dagegen weisen die drei Präparate Levure de bière, Roos'sche Tabletten und Cerevisine den frischen Hefen gegenüber nur den Vorteil auf, daß sie haltbar sind und jederzeit zur Hand sein können, während sie sonst nicht den Vorteil gewähren, mit abgetöteten Hefezellen zu arbeiten. — (Inaug.-Diss., Breslau, 1903, 40 S.)

Heilmittel gegen Cholera asiatica.

Seitens der Akademie der Wissenschaften in Paris ist der Bréant-Preis für das Jahr 1905 ausgeschrieben worden. Der Preis von 100.000 Francs ist bestimmt für die Entdeckung eines unfehlbaren Heilmittels gegen die asiatische Cholera oder für die sichere Feststellung ihrer Ursachen derart, daß die Ausrottung der Seuche erfolgen kann. Wenn im laufenden Jahre diese Forderung wieder nicht erfüllt wird, so sollen die Zinsen des Kapitals für den Nachweis des Vorhandenseins eines Stoffes in der Luft bewilligt werden, der bei der Erzeugung oder Verbreitung von Seuchen eine Rolle spielt.

Fleischkonservierung.

In neuerer Zeit wird zur Konservierung von Fleisch als Ersatz für das verbotene Formaldehyd „Hexamethylentetramin" unter dem Namen „Carin" angepriesen. Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat über die Zusammensetzung und Wirkung dieses Mittels ein Gutachten abgegeben. Hienach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die Wirkung dieses Mittels bei der Fleischkonservierung dem des Formaldehyd gleichsteht, und daß ferner durch Zusatz von Hexamethylentetramin zum Fleisch regelmäßig Formaldehyd entsteht. Es wird daher, wie die „Berl. Korr." androht, der Verwendung des erstgenannten Stoffes zur Fleischzubereitung mit den gesetzlichen Mitteln entgegengetreten und im Falle der Feststellung von Formaldehyd in Fleischwaren, gleichgiltig, ob dieser Stoff unmittelbar oder durch Vermittlung von Hexamethylentetramin in das Fleisch gelangt ist, auf Grund des Fleischbeschaugesetzes die strafrechtliche Verfolgung herbeigeführt werden. Ferner soll, soweit es sich um ausländisches Fleisch handelt, nach den einschlägigen Bundesratsbestimmungen verfahren werden. — (Frkf. Ztg. 22. XII. 1904.)

Ueber den Einfluß der Alkoholverbände auf den Verlauf entzündlicher Prozesse.

Von Friedrich Reinking. (Aus der Kieler chir. Universitätspoliklinik.)

Vf. berichtet in seiner Dissertation (Kiel 1903) über 37 mit Alkoholverbänden behandelte Fälle. Die Wirksamkeit der Alkoholverbände ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, daß durch die arterielle Hyperämie, welche der Alkoholverband hervorruft, die im Blute vorhandenen antibakteriellen und antitoxischen Stoffe in größerer Menge zu dem Entzündungsherde hingeleitet werden und dort ihre Wirksamkeit entfalten können. Daß eine bessere Ernährung des Gewebes infolge der Hyperämie eine Rolle spielte, beziehungsweise überhaupt zustande käme, hatte Buchner ebenso wie Bier zurückgewiesen. Indessen scheinen neuere Untersuchungen diese Ansicht nicht zu bestätigen. Liek erzeugte am linken Ohr seiner Versuchskaninchen dadurch eine dauernde arterielle Hyperämie, daß er den linken Halssympathikus durchschnitt und das Ganglion supremum extirpierte. An beiden Ohren legte er dann gleich große Defekte ab. Er fand auf der hyperämischen Seite einen rascheren Verlauf der Regenerationsvorgänge, „mitunter ganz frappante Unterschiede". Er kommt zu dem Schluß, daß die arterielle Hyperämie „als ein die Gewebsregeneration förderndes Agens anzusprechen sei". Diese gesteigerte Regenerationskraft der unter arterieller Hyperämie stehenden Gewebe ist auf eine gesteigerte vitale Energie der Gewebezellen zurückzuführen, da von

ihnen die Regeneration ausgeht. Diese erhöhte Vitalität der Gewebszellen, die sich durch bessere Ernährung erklärt, dürfte wohl auch gegenüber den Bakterien und den von diesen gebildeten Toxinen nicht ohne Belang sein.

Bücher-Anzeigen.*)

Die direkte Besichtigung der Speiseröhre, Oesophagoskopie. Ein Lehrbuch für den Praktiker. Von Prof. Dr. Hugo Starck, Heidelberg. Mit 3 farbigen Tafeln und 20 Abbildungen. Würzburg 1905. A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch). 219 Seiten. Preis 7 Mark.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß Vf. recht hat, wenn er in seiner Einleitung mit Verwunderung die Tatsache konstatiert, daß die Oesophagoskopie so lange das Stiefkind unter den Endoskopien geblieben ist. Der wahre Grund für die langsame Verbreitung der direkten Besichtigung der Speiseröhre ist hauptsächlich darin zu erblicken, daß die Oesphagoskopie noch nicht genügend bekannt ist und daß vielfach eine ganz falsche Vorstellung über die Methode, ihren Wert und ihre Ziele herrscht. In dem begrüßenswerten Bestreben, dieser wichtigen diagnostischen und therapeutischen Technik zu größerem Ansehen zu verhelfen, hat Verf. seine reichen Erfahrungen unter Berücksichtigung der gesamten Literatur in Form eines Lehrbuches zusammengestellt. Im allgemeinen Teile seiner Ausführungen bespricht Starck die Entwicklung der Oesophagoskopie und gibt eine Uebersicht über die verschiedenen Instrumente und deren Technik, von Bozzinis Lichtleiter bis zu Glücksmanns Apparat. Ferner werden Anatomie und Topographie der Speiseröhre, retrograde Oesophagoskopie, Erlernung der Oesophagoskopie, Komplikationen, Gefahren und Kontraindikationen und das ösophagoskopische Bild der normalen Speiseröhre ausführlich erläutert. Im speziellen Teile des vorzüglichen Werkes nehmen natürlich die Besprechungen der Lumenveränderungen (Verengerungen und Erweiterungen) den größten Raum ein; außerdem erfahren wir darin alles Wissenswerte über die andern Affektionen der Speiseröhre: Entzündungen und Geschwüre, Neurosen, Lageanomalien, Paresen, Paralysen und Fremdkörper. Eine Zusammenstellung von 78 im Oesophagoskop behandelten Fremdkörpern zeigt besonders eindringlich den hervorragenden Wert der Oesophagoskopie. Das Literaturverzeichnis umfaßt nicht weniger als 151 Nummern; 3 vorzügliche farbige Tafeln mit 62 ösophagoskopischen Bildern sind dem Buche beigegeben, das hiemit in gleicher Weise sowohl jedem in der allgemeinen Praxis stehenden Kollegen, wie auch dem Internisten und Chirurgen auf das Wärmste zur Anschaffung empfohlen sei.

Dr. Fritz Loeb, München.

Handbuch der Hautkrankheiten. Von Prof. Dr. F. Mraček. Wien. Verlag von Alfred Hölder.

Wenn wir nur in großen und unregelmäßigen Intervallen dazu kommen, von dem Fortschreiten dieser dermatologischen Enzyklopädie Notiz zu nehmen, so ist dies nicht unsere Schuld, aber auch der Redaktion kann dies kaum zur Last gelegt werden. Alle Umsicht und Energie scheitert an der Saumseligkeit der Autoren, die in typischer Wiederkehr, ihrer Aufgabe nie bis zur Einhaltung der Lieferfrist gewachsen sind. So springen wir vom dritten Bande wieder auf den zweiten Abschnitt zurück, in welchem sich Riecke mit der Exposition des Lichen ruber in die Reihe der prompt abliefernden Mitarbeiter stellt.

Mit der ausführlichen Erörterung der wandlungsreichen Epochen, welche in der Geschichte dieser Krankheitsgruppe zu verzeichnen sind, sowie mit der gewissenhaften Beleuchtung aller klinischen, anatomischen und ätiologischen Errungenschaften, die der näheren Präzision, der polymorphen Krankheitsbilder dienen, hat Riecke in glänzender Weise jenes Niveau des Sammelwerkes erreicht, das zwar von Haus aus geplant, leider von so manchen der hier mittuenden Autoren in naiver Verkennung der Ziele, des Unternehmens, außer Acht gelassen wurde.

Aus reichlicher, persönlicher Erfahrung geschöpfte Orientierung, gründlichste Assimi-

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

lation des gesamten literarischen Materials, sowie scharfsinnige kritische Deduktionen stempeln Rieckes Darstellung zu einer Meisterleistung, die all jenen als Vorbild dienen mag, die mit kurzen Uebersichten die übernommene Verpflichtung, an dem Ausbau des Handbuches mitzuwirken, von sich wälzen wollen. N.

Der Wert des Röntgen-Verfahrens in der Chirurgie. Von Prof. Dr. Karl Beck in New-York. Heft 18 und 19 der „Modernen ärztlichen Bibliothek", herausgegeben von Dr. Ferdinand Karewski, Berlin. 75 Seiten mit 14 Figuren im Text. Preis 2 Mark. Berlin 1905. Verlag von Leonhard Simion Nachf.

Die fruchtbare Feder Becks, des eifrigsten Vorkämpfers für die Röntgen-Strahlen am jenseitigen Gestade des Atlantischen Ozeans, gibt uns eine kurze zusammenfassende Würdigung des Wertes der Röntgen-Durchleuchtung und -Photographie für die Diagnose in der Chirurgie und für die Therapie. Dem Verfasser ist es als erstem gelungen, Gallensteine im Lebenden auf der Röntgen-Platte nachzuweisen, und er erwähnt weiterhin seine positiven Heilerfolge, die er bei Sarkomen und inoperablen Karzinomen durch eine Kombination des chirurgischen Vorgehens mit der Röntgen-Bestrahlung erreicht hat. Vf. erklärt die Anlegung eines fixierenden Verbandes bei einer Fraktur oder Luxation, ohne Kontrolle durch die Durchleuchtung vorgenommen, für einen Kunstfehler; deshalb verlangt er auch, daß jeder Arzt im Besitze einer Röntgen-Einrichtung sei, ebenso wie jeder moderne Arzt ein Mikroskop besitzen und gebrauchen können muß. (Bis dahin wird es noch gute Weile haben! Ref.) Vf. bespricht die, oft erst durch die Röntgen-Photographie mögliche Differentialdiagnose der verschiedenen Knochen- und Gelenkerkrankungen wie Osteosarkom, Knochenzyste, Rachitis, Osteomalazie, Knochentuberkulose, Periostitis, Exostose u. s. w. ziemlich eingehend. Zum Schlusse behandelt er die pathologische und therapeutische Wirkung der Röntgen-Beleuchtung; er beschreibt die Röntgen-Strahlendermatitis und erwähnt Fälle von Epitheliomen, die sicher durch die längere und häufige Einwirkung von Röntgen-Strahlen entstanden sind, und gibt einen Ueberblick über die therapeutische Anwendung bei oberflächlichen malignen Tumoren, Sykosis, Hypertrichosis, Lupus, Favus, Akne, Ekzem, Prurigo, Naevus vasculosus, Pseudoleukämie, Neuralgien, Noma etc. Nicht erwähnt sind die neuerdings von namhaften Autoren publizierten überraschenden Heilerfolge durch Röntgen-Belichtung der Knochen und der Milz bei echter Leukämie. Druckfehler, wie z. B. „Tiberia" statt „Tibia", „cetereum censeo" statt „ceterum censeo", „Tracha" statt „Trachea", „Blasenexstrophie" statt „Blasenektopie" dürften aber bei dem Korrekturlesen nicht übersehen werden. Auffallend ist auch die von Vf. gewählte falsche Schreibweise: „Rhachitis" für „Rachitis" und „Processus coronoideus" für „Processus coronoides". Das Buch ist sehr geeignet für den Praktiker, der sich schnell, ohne zeitraubendes Studium, einen Ueberblick über den derzeitigen Stand der „Röntgenologie" verschaffen will, gibt aber auch dem Fachchirurgen manchen wertvollen Fingerzeig. Klar, Heidelberg.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Die elektromagnetische Therapie (System Trüb). 4 Abhandlungen mit 9 Abbildungen. Hamburg 1905. Verlag von Gebrüder Lüdeking.

Sammlung klinischer Vorträge von R. v. Volkmann. Nr. 362. Nikoljski. Ueber tuberkulöse Darmstenose. Nr. 366. Feßler. Appendicitis perforativa. Nr. 368. Schotten. Die angeborne Pylorusstenose der Säuglinge. Nr. 369. Steffen. Die Behandlung der freien Hernien mit Alkoholinjektionen.

Rationelle Organotherapie mit Berücksichtigung der Urosemiologie. Von Prof. Dr. A. v. Poehl, Prof. Dr. Fürst J. von Tarchanoff und Dr. P. Wachs. Uebersetzt aus dem Russischen. Herausgegeben von dem russischen „Journal für med. Chemie und Organotherapie" zu St. Petersburg 1905. I. Hälfte. 242 und XXIII Seiten. Mark 6.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Ueber die sogenannten anämischen akzidentellen Herzgeräusche.

Von Prof. Dr. S. E. Henschen in Stockholm.

Schon Laennec hatte beobachtet, daß das systolische Geräusch an der Spitze des Herzens nicht immer von organischen Veränderungen der Klappen begleitet war.

Wenn einerseits die Richtigkeit dieser Beobachtung keinem Zweifel unterliegt, so besteht anderseits keine Uebereinstimmung in der Erklärung dieser Tatsache. Immer und immer tauchen neue Erklärungsweisen auf — ohne daß man bemüht ist, die neuen Hypothesen auf tatsächliche Gründe zu stützen. Wie immer auf dem Gebiete der Hypothesen, treten in der neueren Zeit ältere Anschauungen in neuer Kleidung auf. Fast alle theoretischen Möglichkeiten sind ausgeleert; eine neue Theorie ausfindig zu machen, ist kaum möglich. Daß diese Behauptung in der Tat wahr ist, wird aus einer kurzen Skizze der verschiedenen Hypothesen über die Ursache der Geräusche einleuchten.

Die Laennec'sche Ansicht war, daß das Geräusch auf einem Spasmus beruht. „Il me semble, que les faits positifs et negatifs . . . tendent tous à prouver, que le bruit de souffle est le produit d'un simple spasme et ne suppose aucune lésion organique du coeur et des artères."

Diese Erklärungsweise lebt bei dem bekannten französischen Verfasser auf dem Gebiete der physikalischen Diagnostik, C. Paul, in neuer Form auf, indem er behauptet, daß diese Geräusche auf einem durch die Anämie bedingten „état spasmodique des vaisseaux" beruht; das anämische Geräusch ist nach ihm ein „souffle anémo-spasmodique de l'artère pulmonale". Nahe mit diesen Anschauungen verwandt sind diejenigen Hypothesen, welche das Geräusch aus spasmodischen Störungen des muskulären Apparats oder aus irregulären Kontraktionen der Herzmuskulatur herleiten. Verschiedene Verfasser huldigten einer solchen Theorie. So z. B. „pense Sansom, que l'anémie engendre des troubles neuromusculaires capables de produire de nombreux souffles cardiaques à siège variable: celui de l'artère pulmonaire est le mieux perçu à cause de la minceur et de la situation superficielle de l'infundibulum de ce vaisseau. L'infundibulum, affaibli dans sa résistance, lutterait contre la tension de l'artère pulmonaire et sa fatigue se manifesterait, comme pour les muscles de la volonté, par une sorte de tremblement qui engendrerait des vibrations du liquide sanguin et un bruit de souffle" (Barié Sem. med., 1900, p. 432).

Nach Sansom sollte also die Kontraktion des Infundibulum gewissermaßen eine krampfartige sein und solche Vibrationen hervorrufen.

Zuerst ist man hiebei berechtigt, zu fragen, ob überhaupt ein Spasmus des Herzens oder der Gefäße physikalisch das anämische Geräusch erklären könne. Wenn man auch zugibt, daß ein plötzlicher Spasmus, z. B. in der Ringmuskulatur der venösen Ostien, eine solche Störung in der Strömung verursachen könnte, daß eine Wirbelbewegung oder eine abnorme Vibration der Gefäße hervorgerufen werde, oder daß durch eine abnorme Kontraktion einiger der Papillarmuskeln eine plötzliche, vorübergehende Insuffizienz entstehe, so muß man sich doch erinnern, daß das anämische Geräusch ein fast konstantes, während Jahren bestehendes, überhaupt wenig veränderliches Geräusch ist. Kann man wohl annehmen, daß ein solcher permanenter

Spasmus bei dem schwachen anämischen Kranken besteht? Gewiß nicht!

Ein permanenter Spasmus des Herzens ist überhaupt ebenso unerklärlich, als der der Gefäße und gibt übrigens keine physikalische Erklärung des vorhandenen Geräusches.

Ebenso schwierig ist es, physikalisch zu verstehen, wie eine neuromuskuläre Störung die Permanenz des Geräusches erklären kann. Darin gebe ich Barié ganz recht. (Semaine méd., 19. Dez. 1900, p. 433.)

Uebrigens sprechen sowohl der ruhige Gang des Herzens, der weiche, oft volle Puls und der niedrige Blutdruck entschieden gegen die Annahme eines spastischen Zustandes innerhalb der Gefäßbahn.

In modifizierter Form tritt uns diese Hypothese bei anderen Forschern entgegen. So z. B., sagt Eichhorst, kommt bei der Chlorose „sehr häufig" Dilatation des rechten Ventrikels vor und er führt sie „auf Ernährungsstörungen des Herzmuskels" zurück. „Die anämischen Geräusche sind wohl auf gleiche Ursache zu beziehen, indem der pervers ernährte Herzmuskel regulärer Schwingungen bei seiner Kontraktion nicht fähig ist". Einer ähnlichen Anschauung schließt sich auch Strümpell, wenn auch mit etwas Zweifel, an, indem er von „abnormen Schwingungsverhältnissen der Herzklappen" spricht.

Auch Oestreich und de la Camp erklären, daß die anämischen Geräusche „sicher muskulären Ursprungs sind" (S. 109), ohne jedoch einen Beweis dafür zu bringen.

Nach diesen Forschern sollte also die Ernährungsstörung der Herzmuskulatur zu irregulären Kontraktionen führen, und zwar der Art, daß dadurch Geräusche entweder in den Muskeln oder in den Klappen erzeugt werden. Diese Hypothese steht, scheint es mir, nicht in Uebereinstimmung mit der wohl allgemein angenommenen Theorie, daß Geräusche infolge von Wirbelbewegungen entstehen. Sahli nennt auch diese Theorie völlig unverständlich (2. Aufl., S. 300).

Diese drei Varianten derselben Hypothese ähneln einander, scheint es mir, darin, daß sie jedes tatsächlichen Grundes in den Erfahrungen am Krankenbette oder am Sektionstisch entbehren. Wer kann wohl beweisen, daß ein Spasmus bei der Anämie existiert? Dieser Spasmus sollte übrigens ein permanenter sein, denn das Geräusch, obschon bisweilen bei dem Anämischen nach längerer Zeit abgeschwächt, ja selbst verschwindend, besteht in der Regel selbst nach Jahren. Deutet denn der Puls auf einen Spasmus des Herzens oder der Gefäße? Keineswegs!

Der Puls ist weich, keine Andeutung eines Spasmus, die Herzbewegung geht ruhig vor sich und ist überhaupt schwach (wenn man die Chorea ausnimmt), und die Töne sind eher schwach als kräftig. Für eine unregelmäßige Zusammenziehung, eine Störung neuromuskulärer Art entnimmt man in der Regel keine Andeutung. Dagegen ist die Herzbewegung nicht selten etwas frequenter als normal, eine Erscheinung, welche wohl als eine Kompensationserscheinung zu betrachten ist.

Irgend eine direkte oder indirekte Beobachtung liegt der spastischen Hypothese nicht zugrunde.

Schon Skoda sagt (1864) in seinem bekannten Lehrbuche (6. Aufl., S. 210): „Die Annahme, daß eine verminderte Spannung des Blutes oder eine geringere Schwere der Blutsäule die Schwingung der Klappe alteriere, kann wohl keinen Anspruch auf eine Erklärung machen." Auch Friedreich opponiert gegen die „irrige Voraussetzung, daß allen diesen Geräuschen qualitative oder quantitative Veränderungen des Blutes zugrunde liegen müßten" (Krankh. d. Herzens, S. 85—86 in Virchows Handbuch, 1867).

Es lag nahe, die sogenannten anämischen Geräusche in innigen Zusammenhang mit der Anämie zu setzen. Ganz verschieden lautet indessen die Erklärung der Geräusche. Bei der Chlorose ist, wie bekannt, bloß der Gehalt an Hämoglobin herabgesetzt, bei der Anämie sowohl die Zahl der Blutkörperchen, wie die Menge des Hämoglobins. Einige, wie Bouilland, Hope, Skoda, erklären das Geräusch aus der gesteigerten Frottierung

der Blutkörperchen. Indessen ist es schwierig zu fassen, warum die Frottierung bei der Anämie vergrößert werden sollte. Eine homogene Flüssigkeit wie Wasser dürfte wohl eher eine verminderte Frottierung hervorrufen, als diejenige, welche feste Körperchen enthält, und je dünner die Flüssigkeit ist, um so schwieriger dürfte sie Geräusche an der Gefäßwand durch Frottierung verursachen. Wenn überhaupt das Geräusch von der Art der Flüssigkeit abhängt, dann dürfte wohl eher vermehrte Herzaktion und Blutfülle von Geräuschen begleitet werden. Potain will übrigens durch Experimente nachgewiesen haben, daß das Geräusch wohl von der Schnelligkeit des Stromes, nicht aber von der Zusammensetzung der Flüssigkeit abhänge, und Chauveau hat durch Experimente nachgewiesen, daß selbst Unebenheiten eines Tubus Geräusche nicht hervorrufen (S. Marey, Circul. du Sang., 1881, p. 648).

Jedenfalls fehlt jeder Beweis, daß das Geräusch mit der Beschaffenheit des Blutes zusammenhängt. In den meisten Fällen besteht noch das Geräusch nach Medikation von Eisen, ja selbst bei normaler Blutbeschaffenheit fort; in anderen Fällen beobachtet man jedoch das Verschwinden des Geräusches (davon s. unten).

Skoda sagt (S. 209) selbst von dem anämischen Geräusch, „die Ansicht, daß eine besondere Beschaffenheit des Blutes die Geräusche verursache, bleibt eine Hypothese.“ „Es ist nicht wahr, daß ein mehr wässeriges Blut die Ursache der Geräusche im Herzen ist. Ich habe mehrmals durch Venäsektionen ein sehr wässeriges Blut erhalten, und doch war bei den Kranken kein Geräusch vorhanden; nach großem Blutverluste kommen im Herzen zuweilen. Geräusche vor, doch ist dies nicht so konstant, daß der Blutmangel allein als Ursache des Geräusches angesehen werden könnte.“

In der jüngsten Zeit hat Sahli in seinem weit verbreiteten Lehrbuche eine neue Hypothese aufgeworfen, welche hier nicht außer acht gelassen werden kann. Er drückt sich folgendermaßen aus: „Was die anämischen Zustände betrifft, so müssen wir auseinanderhalten die akuten Blutungsanämien und die chronischen Anämien oder Oligochromämien. Bei den ersteren ist es wohl der niedrige Blutdruck, bei den letzteren dagegen die verminderte Kohäsion des Blutes, was ein beschleunigtes Ausströmen des Blutes aus dem Herzen durch Verminderung der Widerstände bedingt.“ Nach Sahli ist nun die Bildung von Geräuschen nicht vom Blutdruck, sondern von der Schnelligkeit des Blutstromes abhängig.

Indessen erheben sich verschiedene Einwände gegen diese Hypothesen. Zuerst ist der Ausgangspunkt nicht bewiesen, nämlich daß die Ausströmungsgeschwindigkeit bei allen diesen anämischen Zuständen vermehrt ist, ebenso wenig ist es nachgewiesen, daß ein Geräusch bei vermehrter Ausströmungsgeschwindigkeit entsteht. Die Erfahrung, daß kein Geräusch bei hoher Herzfrequenz entsteht, spricht offenbar gegen diese Hypothese; will selbst Hayem bei den anämischen Geräuschen beobachtet haben, daß das Geräusch dabei eher geschwächt wird, und dieses habe ich selbst mehrmals beobachtet. Bei der Tachykardie mit einer Frequenz von 160—200 Stück hört man gar kein Geräusch. Uebrigens sollte wohl das Geräusch an den beiden Arterienmündungen entstehen, und zwar an der Aortaöffnung stärker sein, weil der Blutdruck hier größer ist. Aber die Erfahrung lehrt, daß das Geräusch stärker links über der Pulmonalis als rechts gehört wird. Es wird auch in die Aorta nur schwach fortgepflanzt. Die Hypothese scheint mir artifiziell und kaum gut begründet zu sein.

Viel Aufsehen hat Potain durch seine Hypothesen, daß die anämischen Geräusche nicht endokardiale, sondern kardiopulmonale Geräusche seien, erweckt. Diese Lehre, welche anscheinend, wenn auch mit wenig Lebenskraft, noch in Frankreich die geläufige ist, der in Deutschland und England kaum gehuldigt wird und die sich im Norden nur wenige Anhänger erworben hat, stützt sich auf Potains Experiment, daß ein zwischen dem Herzen und dem Brustkorbe des

lebenden Hundes eingelagertes Lungenstück ein Geräusch hervorruft. Auch ähnelt bisweilen dieses Atemgeräusch im Timbre bedeutend dem anämischen Geräusch.

Bei der Kontraktion des Herzens sollte also das vermehrte Einströmen der Luft in die Lunge ein Geräusch hervorrufen, welches systolisch-rhythmisch auftritt. „Il se produit souvent dans le poumon sous l'influence des mouvements du coeur certains bruits respiratoires localisés, qui prennent le caractère soufflant et le rythme cardiaque . . . Les souffles cardio-pulmonaires comprennent la presque totalité des souffles appellés jucqu'ici organiques. Ceux-ci étant reconnus et eliminés, il ne restent que des souffles organiques."

So lautet das Resultat der umfassenden Untersuchungen des berühmten Klinikers in Paris. Seine Schlüsse sind exklusiv. Alle Geräusche, welche nicht organischer Natur sind, sind in der Lunge gebildet.

Die geringe Sympathie, welche diese Lehre außerhalb Frankreichs gefunden hat, enthebt mich der Mühe einer eingehenden Kritik. Allerlei Zweifel über die Richtigkeit dieser Lehre erheben sich bei einer kritischen Prüfung der Potainschen Lehre, eine Lehre, welche ein so gründlicher Kliniker wie Strümpell sich nicht die Mühe gibt, mit einem Worte zu erwähnen, und welche Sahli mit folgenden Worten abfertigt: „In einzelnen seltenen Ausnahmefällen mögen schließlich vermeintliche akzidentelle Geräusche nichts anderes sein, als systolisches Vesikuläratmen." (S. 300.)

Zuerst fragt man, ob denn in der Tat kardio-pulmonale Geräusche in der Potain'schen Meinung existieren oder nicht. Es wäre zu weit gegangen, sie gänzlich zu verneinen. Selbst habe ich sie vielmals beobachtet. Es werden über dem unteren lateralen Abschnitte des Herzens (Potains Zone mésocardiaque und Zone apexienne) nicht selten ganz weiche und kurze blasende Geräusche gehört, welche in meinem Ohre den Charakter der anämischen Geräusche tragen. Aber — und das ist das Wichtigste — bei absoluter Suspension des Atmens verschwinden sie. Ich kann mich nicht eines einzigen Males erinnern, daß sich die Sache nicht so verhalten hat.

Dies ist der große Unterschied zwischen dem kardiopulmonalen Geräusch und dem anämischen, welches bei zurückgehaltenem Atem fortdauert.

Daß in der Tat diese Geräusche verschiedenartig sind, scheint mir aus folgenden Gründen hervorzugehen. Wenn das anämische Geräusch in der vor dem Herzen liegenden Lunge entstände, so sollte es bei dem Inspirium, da die Lunge das Herz überlagert, verstärkt werden oder deutlicher hörbar sein. Das ist nicht der Fall, wie ein jeder weiß; das anämische Geräusch wird dadurch schwächer oder ist unhörbar, weil die Lunge das Herz deckt. Das ist eben einer der pathognomonischen Charaktere des anämischen Geräusches.

Weiter, warum wird nicht das anämische Geräusch am öftesten an der Herzspitze gehört, wo in der Regel oder wenigstens oftmals die Lingula der Lunge die Spitze deckt? Und warum wird das Geräusch besonders an dem von der Lunge entblößten Abschnitt des Herzens, nämlich an der Basis gehört? Hier verschwindet das Geräusch, sobald das Herz von der Lunge überlagert wird.

Ebenso unerklärlich wird die Potainsche Auffassung, sowie man bedenkt, daß das anämische Geräusch fehlt, wenn gerade die ansaugende Kraft des Herzens stark ist, wie bei dem kräftigen Herzen der Vollblütigen und bei dem Sportherzen. Sollten nicht bei solchen Herzen die kräftigen Kontraktionen die Luft in die Lunge saugen? Das Geräusch entsteht vorzugsweise bei den herabgekommenen anämischen Individuen mit schwachen Herzkontraktionen.

Unten werde ich weitere wichtige Einwendungen vorführen.

Diese Erfahrungen und Erwägungen machen die Potain'sche Lehre unverständlich.

Wenn man von einigen anderen, ganz willkürlichen und hypothetischen Erklärungsweisen, welche sonst von niemandem akzeptiert wurden, absieht, so bleiben nur zwei Hypothesen zurück, welche verdie-

nen, berücksichtigt zu werden, nämlich diejenige, daß das anämische Geräusch durch eine Insuffizienz der Trikuspidal- oder der Mitralklappe bedingt werden dürfte. Diese zwei Hypothesen sollen unten ausführlicher diskutiert werden.

Werfen wir jetzt einen Rückblick auf die angeführten Hypothesen, so ist es auffallend, daß keine von ihnen überhaupt von erhärteten klinischen oder physiologischen Tatsachen ausgeht, sondern daß sie auf losen Sand bauen, und daß keine imstande ist, eine physikalische Erklärung des Geräusches zu geben.

Man kann wohl beanspruchen, erstens, daß eine Theorie doch tatsächlich begründet sein müsse und also von klinischen, anatomischen oder physiologischen Erfahrungen ausgehe; zweitens, daß die Theorie jedenfalls das vorliegende Phänomen genügend, d. h. in diesem Falle die Eigentümlichkeiten des anämischen Geräusches, erkläre; drittens, daß sie in Uebereinstimmung mit anderen anerkannten Tatsachen stehen müsse.

Als allgemein anerkannt betrachte ich, daß das anämische Geräusch folgende Charaktere habe:

1. Es ist in der Regel ein weiches und schwach hauchendes Geräusch, welches jedoch in Bezug auf Timbre und Stärke alle Uebergänge zum organischen Geräusch darbietet. Daß dies der Fall ist, habe ich selbst wohl hundertmal beobachtet. Hervorragende Autoritäten bezeugen es auch. So sagt schon der klassische Autor auf dem Gebiete der Herzkrankheiten, Stokes (1853), von dem anämischen Geräusch: „Ich kenne kein rein akustisches oder palpatorisches Zeichen, wodurch sich ein nicht organischer Fremitus von einem organischen unterscheiden ließe." „Es ist gewöhnlich rauhes und musikalisches Geräusch dabei."

Bamberger sagt von den akzidentellen Geräuschen (Krankh. d. Herzens, 1857, S. 88): „Akzidentelle Geräusche . . . haben . . . fast immer ein weiches hauchendes oder blasendes Timbre . . . Indessen kommen hievon Ausnahmen vor . . . habe ich mehrmals bei hochgradigen anämischen Zuständen . . . so intensive, die ersten Töne völlig verdeckende Geräusche gehört, wie sie sonst nur bei den bedeutendsten Klappenveränderungen vorkommen, obwohl die Sektion völlige Zartheit der Klappen nachwies. Dann ist die Ausbreitung . . . eine beträchtliche." Strümpell sagt (S. 544): „Ihrem Klangcharakter nach sind sie blasend, doch zuweilen auch so rauh, daß sie fast ganz wie perikardiale Reibegeräusche klingen."

Ein solches anämisches Geräusch beobachtete ich selbst ganz kürzlich. Ein Mann litt nach einem schweren Typhoidfieber mit Rezidiv an einem Schwindelanfall. Er war ganz anämisch und schwach. Die Herzdämpfung ging etwas nach außen von der Mammillarlinie, und ein rauhes, fast perikardiales Geräusch fand sich über der Herzbasis. Kein Fieber. Nach einigen Tagen der Bettruhe wurde er von neuem untersucht. Das Herz hatte sich zur normalen Größe vermindert. Das Geräusch war gänzlich verschwunden. Derselbe Befund bei wiederholten Besuchen.

Sahli sagt (S. 297): „. . . da akustisch sich diese Geräusche in nichts Wesentlichem von den Klappengeräuschen unterscheiden . . ."

Eichhorst erwähnt, daß das Geräusch bisweilen, wenn auch „selten einen musikalischen (pfeifenden) Charakter hat".

Auch Hayem gibt zu, daß das Geräusch bisweilen stark ist. Immermann hebt in Bezug auf Anämie hervor, „daß die akzidentellen Geräusche ihrem Schallcharakter nach durchaus den blasenden Geräuschen vieler wirklichen Klappenfehler entsprechen" (Ziemßens Handbuch, 1875, Bd. 13, 1, S. 406).

2. Das Geräusch tritt hauptsächlich bei schwachen und chloro-anämischen Individuen auf, findet sich aber auch bei solchen, wo eine Blutveränderung nicht vorhanden ist. Hier handle ich zuerst jene Fälle ab. In diesen findet man gewöhnlich einen weichen, leicht unterdrückbaren Puls; der Ausschlag des Pulses ist oft recht groß.

3. Das Geräusch ist vorzugsweise und am stärksten im zweiten linken Inter-

kostalraume zu hören. In diesem Punkte stimmen jedoch nicht alle Forscher miteinander überein. Nach meinen Beobachtungen wird, wie schon gesagt, das Geräusch, wenn es sehr schwach ist, vorzugsweise im zweiten linken Interstitium gehört. Wenn das Herz aber von der Lunge überlagert ist oder sonst in einigen Fällen, wird es jedoch nur oder vorzugsweise über oder nach oben von der Herzspitze am besten gehört. Nimmt aber das Geräusch an Stärke zu, so breitet es sich über die zunächst liegenden Abschnitte des Herzens aus; es wird dann auch über die Aortengegend und selbst über das ganze Herz verbreitet und ist dann oft stark und rauh.

Ob es aber, wie Balfour (Diseases of the Heart, 2. Ed., 1862, p. 170) beobachtet haben will, am allerstärksten etwa „$1^1/_2$ inch.“ lateral vom linken Sternalrand oder nicht vielmehr am Rande selbst oder über der Insertionsstelle des dritten Rippenknorpels am Sternum ist, ist nicht leicht zu bestimmen. Vielleicht wechselt dies.

Indessen huldigen nicht alle Forscher dieser Auffassung. Die älteren Aerzte, wie Hope, Bellingham, Bouillaud, lokalisierten es zur Aorta, Parrot dagegen zur Trikuspidalöffnung (Arch. de Med. 1866, 2, p. 158), während mehrere Beobachter es über der Spitze gehört haben.

Indessen stimmt die Mehrzahl für die Ansicht, daß es am öftesten und am stärksten in der Gegend des zweiten linken Interstitium und über der Herzbasis gehört wird, oft zwar in der Nähe der Pulmonalarterie oder etwas weiter nach außen oder nach unten.

4. Es wird durch die Inspiration abgeschwächt oder, wenn es schon beim Exspirium sehr schwach war, selbst unhörbar. Diese Eigenschaft gehört den allermeisten „anämischen“ Geräuschen zu. Das organische Geräusch wird dagegen durch das Inspirium nur wenig oder kaum merkbar beeinflußt. Wenn aber das akzidentelle Geräusch stark und rauh ist, so wird es kaum durch das Inspirium zum Verschwinden gebracht.

5. Bisweilen ändert das anämische Geräusch seinen Charakter bei veränderter Lage des Körpers, und zwar in verschiedener Art nach verschiedenen Forschern.

6. Der zweite Pulmonalton ist in der Regel nicht verstärkt. In diesem Punkte sind die Forscher nicht ganz einig. Bei der Anämie hört man, nach meiner Ansicht, gewöhnlich einen recht hohen, kluckenden Ton von kurzer Dauer; bei der ausgeprägten Mitralinsuffizienz (respektive Stenose) einen mehr massiven, kräftigen Ton. Indessen ist der Unterschied oft nicht ausgesprochen, indem oft bei der organischen Mitralinsuffizienz der zweite Ton nur wenig akzentuiert ist, und anderseits, besonders bei erregter Herzarbeit bei der Anämie der Ton deutlich verstärkt ist, wenn auch nicht so tief und massiv, wie oft bei der organischen Klappenerkrankung. Schon Hayem hatte bemerkt, „il est plus fréquent d'entendre un claquement exagéré des sigmoides de l'artère pulmonaire“ (Moriez, La chlorose, Thèse, Paris 1880). In jüngster Zeit wollte man selbst einen verstärkten zweiten Pulmonalton als charakteristisch für die Chloroanämie finden.

7. Die rechte Herzkammer ist in der Regel nicht hypertrophisch. Auch in dieser Hinsicht bestehen Differenzen zwischen den Forschern. Daß die rechte Herzhälfte in der Regel nicht wesentlich verändert ist, muß als wahrscheinlich angenommen werden. Indessen haben wir diesbezüglich als Richtschnur fast nur klinische Angaben. In vielen Fällen ist nach vielen zuverlässigen Forschern eine Verbreiterung der Dämpfung nach rechts vorhanden und folglich eine Dilatation des rechten Ventrikels (respektive Vorhofes). Daß bisweilen selbst eine Hypertrophie des rechten Herzens besteht, habe ich neulich in einem Falle von perniziöser Anämie bei der Sektion erfahren.

Diese sind die allgemein angenommenen Merkmale der anämischen Geräusche und der sie begleitenden Veränderungen des Herzens. Nur diejenige Theorie, welche alle diese Eigentümlichkeiten zwanglos erklärt, kann als giltig akzeptiert werden.

Um nun eine Erklärung des anämischen Geräusches zu finden, will ich an den nor-



malen Vorgang bei dem Klappenschluß erinnern. Nach der geläufigen Ansicht der Physiologen geht er folgendermaßen vor sich. Während der Diastole strömt das Blut in stetem Strome vom linken Vorhofe in die linke Kammer ein; mit dem Einströmen des Blutes in die Kammer steigt der Blutdruck darin; es entsteht gleichzeitig ein Rückfluß hinter den Klappen, welche, in dem Maße als die Kammer sich füllt, mit ihren Rändern näher aneinander rücken, um bei vollendeter Füllung der Kammer dicht aneinander zu liegen, während auch die Chorda tendinea und die Spitzen der Papillarmuskeln in diesem Moment dicht aneinander anliegen. Der Klappenschluß ist also beim Beginnen der Kontraktion schon vollendet, aber durch die Kontraktion werden die Klappenränder noch dichter aneinander gedrückt. Wäre dies nicht der Fall, so müßte jedesmal bei der Ventrikelkontraktion eine leichte Insuffizienz bestehen.

Die Bedingungen des normalen Klappenschlusses sind:

a) daß das Blut bei der Einströmung unter einem gewissen, nicht zu niedrigen Drucke steht; sonst wird der Rückstrom hinter den Klappen nicht kräftig genug;

b) daß der Klappenapparat, die Klappensegel und die Chordae normal gebildet (nicht geschrumpft oder knorpelig etc.) sind;

c) daß das Mitralostium nicht abnorm gedehnt ist;

d) daß die Klappen, respektive Papillarmuskeln, nicht abnorm von einander entfernt sind; normalerweise schließen sie sich sehr dicht, keilen sich selbst in einander;

e) daß sich die Papillarmuskeln kräftig und gleichmäßig zusammenziehen können, d. h. normaler Struktur sind;

f) daß die Kammer nicht gedehnt ist (sonst sind die Klappen zu distant) und

g) ihre Muskulatur kräftig genug, um sich gleichförmig zu kontrahieren.

Bei der normalen Kontraktion muß ein zweckmäßiges und genügendes Zusammenwirken zwischen den einzelnen Teilen des Klappenapparats, also eine gleichförmige, gleichzeitige und kräftige Kontraktion der Wandmuskulatur, der Papillarmuskeln und der Ringmuskulatur des Ostiums, stattfinden. Die Ringmuskulatur des Ostiums trägt zur vollständigen Schließung durch Verengerung bei.

Sind nicht alle diese Bedingungen bei und während der Kontraktion erfüllt, so tritt eine Insuffizienz leichteren oder schwereren Grades ein.

Wie verhält sich nun das anämische Herz in diesen Hinsichten? Erfüllt es alle oben angegebenen Bedingungen? Meiner Meinung nach oft nicht.

Ehe ich indessen auf die Veränderungen des anämischen Herzens eingehe, will ich einige Bemerkungen über die Natur der organischen Geräusche und die Eigenschaften des anämischen Geräusches voranschicken.

Das organische Mitralgeräusch ist ohne Zweifel ein Strömungsgeräusch, welches durch eine Wirbelbewegung infolge des Rückflusses des Blutes entsteht, wobei diese Wirbelbewegung auch eine Vibration der Wand des Vorhofes etc. hervorruft.

Das anämische Geräusch ist zwar im allgemeinen weicher und schwächer als das organische, aber es gibt unzählige Uebergänge, wie schon erwähnt worden ist, zwischen den beiden Arten von Geräusch, und zwar sowohl betreffs der Stärke, der Klangfarbe, der Dauer als der Fortpflanzungskraft über eine größere oder kleinere Fläche des Herzens. Jeder erfahrenere Kliniker hatte hundertmal Gelegenheit, sich davon zu überzeugen, daß das organische Geräusch in diesen Hinsichten alle Nuancen zeigt. Der Unterschied zwischen den beiden Geräuschen liegt deswegen nicht in dem verschiedenen Wesen der Natur der beiden Geräusche, sondern es besteht ein gradueller Unterschied zwischen den typischen Formen der beiden Geräusche. Es gibt leichte organische Geräusche mit weichem Klang und geringer Stärke, wie auch kräftige, rauhe anämische Geräusche mit rauhem Klang und großer Stärke.

Die Variationen hängen von zwei Momenten ab, der Stärke des Blutstromes, d. h. von dem obwaltenden Blutdrucke, respektive der Kraft der Ventrikelmuskulatur, sowie dem Grade der Insuffizienz



der Mitralklappen. Ist der Blutdruck groß, so wird das Geräusch rauh und kräftig und pflanzt sich über eine größere Fläche fort. Ist er schwach, bekommt das Geräusch, ceteris paribus, einen weiteren Charakter, wird selbst hauchend und pflanzt sich nur eine kurze Strecke weit von der Bildungsstelle fort.

Ist zweitens die Insuffizienz eine geringe, wird der Rückfluß, ceteris paribus, und folglich das Geräusch weicher, als wenn eine große Insuffizienz einen größeren Strom aus dem Ventrikel in den Vorhof zurückfließen läßt; in diesem Falle wird das Geräusch stärker und rauher.

Was die Dauer des Geräusches betrifft, ist sie der Dauer der Insuffizienz proportional.

Diese Anschauungen scheinen mir in physikalischer Hinsicht ziemlich selbstverständlich.

Wenn dem so ist, so liegt die Annahme am nächsten, daß das weiche, schwache und kurze anämische Geräusch ein Insuffizienzgeräusch ist, und zwar durch eine leichte, kurzdauernde Mitralinsuffizienz hervorgerufen.

Es bleibt noch nachzuweisen, daß die organischen oder funktionellen Bedingungen für eine Insuffizienz vorhanden sind.

Es fragt sich: Wie verhält sich das anämische Herz? Ist es normal oder abnorm?

Jahre hindurch war ich bemüht, dies durch klinische und pathologische Untersuchungen zu eruieren. Meine Beobachtungen sind in dieser Hinsicht so zahlreich und alltäglich, daß ich vollständig auf eine kasuistische Darlegung des Materials verzichte. Ich bin zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Es gehört zu den gewöhnlichen, alltäglichen Erfahrungen, daß das *anämische Herz auch dilatiert* ist. Die Dilatation trifft gewöhnlich die linke Kammer, bisweilen auch die rechte Herzhälfte.

2. Oft genug jedoch bietet das anämische Herz keine Dilatation.

3. *Nur das dilatierte anämische Herz gibt ein Geräusch, das Herz mit normaler Größe dagegen nicht.*

4. *Die Stärke des Geräusches ist in der Regel der Vergrößerung des Herzens proportional.* Ist die Dilatation gering, ist das Geräusch weich und leise. Sie hängt auch von der Kraft des Herzens ab.

Ausnahmen hievon finden sich: Ist die Schwäche des Kranken hochgradig, wie in der Agonie, in dem Typhoidfieber, mit großer Prostration, so ist nur ein sehr schwaches oder undeutliches Geräusch zu hören.

Die oben aufgestellten Sätze gründen sich nicht auf theoretische Deduktion, sondern auf direkte klinische Beobachtung. Im Jahre 1897 habe ich eine Reihe von Beobachtungen publiziert, welche zeigen, daß das Herz bei der Chlorose und Anämie oft dilatiert ist, bisweilen selbst in hohem Grade. Während der letzten sechs Jahre wurde meine Aufmerksamkeit vor allem auf die Frage nach dem Verhältnis zwischen Größe (Dilatation) des Herzens und Geräusch gerichtet. Das Resultat ist das eben erwähnte.

Wo das Herz bei einem anämischen Individuum nicht vergrößert war, war auch kein Geräusch vorhanden.

Aus diesen Erfahrungen finde ich mich berechtigt, zu schließen, daß *das anämische Geräusch in engem Zusammenhange mit der Dilatation des Herzens steht; das anämische Geräusch ist ein Dilatationsgeräusch.*

Was wäre dann die Ursache, daß dergleichen Beobachtungen nicht von früher oder mehr allgemein gemacht worden sind — und zwar von allen Klinikern?

Zuerst will ich hervorheben, daß sich nicht alle Fälle zum Kontrollieren eignen. Fälle von Emphysem, oder wo die Lunge nachweislich das Herz in abnormem Grade deckt, taugen augenscheinlich nicht, denn in solchen Fällen ist es nicht möglich, die Größe des Herzens und besonders die laterale Grenze exakt zu bestimmen. Das Emphysem findet sich nur ausnahmsweise bei jungen anämischen Individuen.

Viel Wichtigkeit erteile ich der *Palpation.* In den erwähnten Fällen



konnte ich durch genaues Palpieren oft feststellen, daß die Bewegungen des Herzens selbst lateral von der Mammilla (in reponierter Lage) unter dem Finger zu fühlen waren. Die Palpation wird bisweilen durch große Brustdrüsen oder durch dicht aufeinander liegende Rippen geschwächt. Die Rippen sind bei jungen Weibern oft durch die Korsetts aneinander gepreßt oder ursprünglich so gebildet. Diese Pulsationen des Herzens sind bisweilen recht kräftig, bisweilen schwach und sind oft im vierten Interstitium, also höher als der Herzimpuls, zu fühlen.

Wichtig ist es, die Herzgröße nicht nach der Lage des Herzspitzenstoßes zu bestimmen. Dieser bildet, wie die alltägliche Erfahrung lehrt, und besonders wie Braun durch kinematographische Photographie nachgewiesen hat, nicht die unterste laterale Grenze des Herzens. Dagegen fühlt man oft mehr lateral die Herzbewegung, welche fast mit der noch etwas lateraleren Dämpfungsgrenze stimmt.

Diese Lage des Herzspitzenstoßes bei der Anämie ist schon 1877 von Pearson-Irvine bemerkt, indem er sagt: The apex-beat in chlorotics is carried too far outwards, is too diffuse and in this respect corresponds with the general cardiac impulse, which is usualy „slapping" and like that met with in organic diseases followed by dilatation. Some times the impulse is distincly heaving and hypertrophy undoubtedly occasionally occurs . . . Perhaps it is simply secondury in most cases to anaemic dilatation" (Medical Times u. Gazette, 1877, I, p. 682).

Auch Dr. Barnes hatte die Dilatation und Hypertrophie anerkannt (ibid.).

Endlich führe ich eine Aussprache von dem bekannten Kenner der Herzkrankheiten, Broadbent, an (Herzkrankheiten, Deutsche Aufl., 1902, S. 152): „In der Anämie besteht immerhin eine Ursache für die Dilatation des geschwächten linken Ventrikels . . . so sind doch sehr häufig die Zeichen der Dilatation in Verlagerung der Herzspitze nach außen und unten und in einem diffusen Charakter zu erkennen."

Das Resultat der Palpation wird durch die Perkussion erhärtet. Dabei muß die erste beginnende Nuance einer Dämpfung sorgfältig beobachtet und abgeschätzt werden. Man perkutiert teils von der Axillarlinie ab, teils schräg von unten außen. Die Herzdämpfung sticht dann von dem tympanitischen Magenschall scharf ab.

In dieser Weise habe ich auf die Größe und Ausdehnung des Herzens nach links geschlossen. Was die rechte Grenze betrifft, habe ich nur ab und zu Abweichungen beobachtet. Es ist auch überhaupt so schwierig, geringfügige Abweichungen dieser Grenze exakt zu bestimmen, daß ich mich am liebsten enthalte, bestimmte Behauptungen in dieser Hinsicht auszusprechen.

In der Literatur finden sich vielfache recht verschiedene Angaben über die Herzgröße bei chlorotischen und anämischen Zuständen. Es folgt nicht daraus, daß alle diese Angaben unrichtig sind oder in Gegensatz zu einander stehen. Nach meiner Meinung ist das Herz bei anämischen Zuständen von recht verschiedener Größe. Atrophien sind nicht selten, und zwar bei Inanitions- und Emaziations-Zuständen, und werden nicht von Geräuschen begleitet. In anderen Fällen scheint das Herz normale Größe zu besitzen. Auch in diesen Fällen kommt ein Geräusch nicht vor. Bei jungen chloro-anämischen Mädchen, wie z. B. bei jungen Dienerinnen, beim Magengeschwür, bei Neurasthenischen u. s. w., ist das Herz am öftesten nach links erweitert und dann von einem der Vergrößerung proportionalen Geräusch begleitet. Bisweilen findet man auch eine Dilatation leichteren Grades der rechten Kammer.

Hypertrophie wird bisweilen sowohl klinisch, wie post mortem nachgewiesen. In diesen Fällen ist der Herzspitzenstoß hebend, der Puls hart, das Geräusch kräftig und rauh. In einem Falle von perniziöser Anämie, wo das Geräusch sehr stark und rauh war, bestätigte die Sektion die vor dem Tode gestellte Diagnose auf Hypertrophie. Auch die linke Kammer



war dilatiert und hypertrophisch. Die eben erwähnten Erfahrungen stehen keineswegs im Streite mit Beobachtungen anderer Forscher.

Was zuerst Virchows Anschauungen (1872) über das Herz bei der Chlorose betrifft, so ist zu bemerken, daß die von ihm beschriebene Krankheit, welche sich durch eine Aplasie des Gefäßsystems auszeichnet, keineswegs den klinischen Begriff der Chlorose deckt. Es muß zugegeben werden, daß die genannten Fälle mehrere mit der Chlorose gemeinsame Symptome darbieten; dagegen ist es nicht nachgewiesen, daß die Mehrzahl der Fälle von Chlorose in der allgemeinen klinischen Meinung eine solche kongenitale Aplasie darbietet. Wäre dies der Fall, dann wäre gewiß die Chlorose nicht so leicht durch die Eisentherapie zu kurieren.

In dergleichen Fällen von chlorotischer Aplasie hatte Virchow teils ein kleines Herz (Aplasie), teils sekundäre Hypertrophie, teils Dilatation und Hypertrophie gefunden. Rokitansky hatte auch ein kleines Herz beobachtet und betrachtete diese Atrophie als kongenital.

Anderseits haben mehrere Forscher, in der ältesten Zeit wie in der jüngsten, gefunden, daß das Herz oftmals dilatiert ist. Wir führen folgende Beispiele an.

Schon um 1755 hatte Meckel Herzhypertrophie angegeben. Beau bezeichnet 1845 das Herz als vergrößert (Morier, p. 97). Bamberger (1857) fand, „daß die Erschlaffung des Herzens auch hochgradige Chlorosen und Anämien begleitet“ (S. 319). „Dabei ist das Herz in nachweisbarer Weise vergrößert“ (S. 320). Friedreich spricht (1867, Virchows Handb., Herzkrankh., 2. Aufl., S. 86) von „atonischen Dilatationen, wie sie mitunter . . . hochgradige Chlorose begleiten.

Immermann hebt (1875, Ziemßens Handbuch) hervor, daß bei Anämischen „am Herzen häufig eine durch die Perkussion nachweisbare, später wieder verschwindende mäßige Verbreiterung der absoluten Dämpfung als Wirkung einer vorübergehenden Dilatation bemerkbar“ ist.

Auch Wunderlich erkannte sowohl Hypertrophie wie Dilatation des Herzens, und Vogel hat bei Chlorose schon 1854 (Virch. Handb., Bd. 1, S. 435) Hypertrophie und Dilatation beobachtet.

Besonders hat Stork (1863) einige genauere Untersuchungen über die Vergrößerung des Herzens bei der Chlorose gemacht (Arch. f. Heilk., Bd. IV, S. 47 ff.), und seine Fälle sind von nachfolgenden Verfassern mehrmals zitiert worden (vgl. meine Schrift über Herzdilatation bei Chlorose und Anämie).

Pearson-Irvine (1877) sagt in Bezug auf den Zustand der Gefäße bei der Chlorose: „The most important change in the circulatory system is dilatation of the ventricles of the heart, especially perhaps of the left. This is hardly noticed by writers in this country.“ „It is common to find it in those of moderate degree.“

Später hat besonders Balfour die Lehre verfochten, daß bei der Anämie, welche ein Geräusch darbietet, auch eine konstante Dilatation bestehe.

Lewinski will nachgewiesen haben, daß die linke Kammer dilatiert ist, Parrot, daß die Dilatation die rechte trifft.

Auch v. Noorden hat einen Fall von Dilatation angeführt, und Heitler kennt sowohl akute wie chronische Dilatationen. Ich selbst habe eine Reihe von klinischen Beobachtungen mitgeteilt, in welchen eine Dilatation mit oder ohne auffallende Hypertrophie nachgewiesen wurde. Ich weise auf die ausführliche Publikation hin, wo Diagramme und Sphygmogramme nachzusehen sind.

Die hier angeführten, selbst von klassischen Verfassern erhaltenen klinischen Erfahrungen können nicht aus der Welt gebracht werden, und die Behauptungen einiger Forscher, wie Jürgensen und seiner Schüler, daß diese Dilatationen bei der Chlorose nur scheinbar und von der durch die geschwächte Respiration bedingten Retraktion der Lungenränder verursacht sind, scheinen durch eine von mir darauf gerichtete Untersuchung widerlegt.

Es besteht also oftmals bei der Chlorose und Anämie eine deutliche Dilatation und bisweilen auch Hypertrophie, be-

sonders der linken Kammer. Dagegen scheinen überhaupt bisher keine systematischen klinischen Untersuchungen darüber sich vorzufinden, ob sich das Herz beim Vorhandensein und dem Fehlen eines anämischen Geräusches an Größe verschieden verhält. Diese Reihe von einschlägigen Beobachtungen hatte ich während der letzten Jahre angestellt und dabei gefunden, daß die Dilatation im ganzen der Stärke des Geräusches parallel geht.

In dieser Hinsicht finden sich in der Literatur zwar einige oben angeführte Angaben oder richtiger Andeutungen, da z. B. Immermann, indem er die wechselnde Größe des Herzens der Anämischen erwähnt, bemerkt, daß das Geräusch nur zu jenen Zeiten gehört wird, da das Herz vergrößert ist.

Eine analoge Erfahrung habe ich selbst mehrmals gemacht und in meiner Arbeit (Fall 10, pag. 49) angeführt.

Um korrekte Beobachtungen in dieser Hinsicht zu machen, muß man das Herz in der Expirationslage der Lungen beobachten. Sonst wird das Herz von den Lungen bedeckt und das Geräusch wird verdeckt. Darin finde ich die Ursache, daß ich früher selbst auch bei der Anämie bisweilen Dilatationen ohne Geräusch gefunden habe (s. meine angeführte Schrift, einige Fälle).

In der Literatur finde ich sonst nur eine genauere Untersuchung, welche als Beweis der Richtigkeit des oben angeführten Satzes über den nahen Zusammenhang zwischen dem Geräusche und der Vergrößerung des Herzens bei der Anämie bestätigt, nämlich von Gautier.

(Schluß folgt.)

Ueber die Kombination physikalischer Reize und physikalisch-diätetischer Heilmethoden.

Von Dr. **Béni Buxbaum** in Wien.

Die Kombination verschiedener therapeutischer Reize hat in den letzten Jahrzehnten viele Anhänger erworben. Es hängt dies mit dem Aufschwunge der physikalischen Heilmethoden einerseits, anderseits mit dem Bedürfnisse, Neuerungen in die Therapie einzuführen, zusammen. Daß therapeutische Neuerungen nicht immer dem Bedürfnisse entsprechen, ist bekannt. Schon die Art und Weise, wie solche Neuerungen entstehen, spricht dafür, wie selten die praktische Erfahrung und Notwendigkeit und wie oft die industrielle Unternehmungslust die Quellen dieser Neuerungen sind.

Für den Praktiker sind drei Fragen von großer Wichtigkeit und ausschlaggebend bezüglich der Verwendung kombinierter therapeutischer Reize.

Die erste Frage ist die, ob es überhaupt notwendig ist, mehrere Reize gleichzeitig anzuwenden.

Die zweite Frage geht dahin, ob die beiden oder mehrere zu gleicher Zeit, d. h. nebeneinander zur therapeutischen Anwendung gelangenden Reize einander unterstützen.

Die dritte Frage richtet sich nach der praktischen Durchführbarkeit kombinierter Reize.

Von diesen Gesichtspunkten aus sollen hier die Kombinationen physikalischer Heilmethoden betrachtet werden. Es sei gleich hier bemerkt, daß die Arbeit auf Vollständigkeit keinen Anspruch erhebt. Es gibt gewiß noch viele wertvolle und auch brauchbare Kombinationen verschiedener Heilfaktoren, die hier nicht besprochen werden, aber die Arbeit müßte unendliche Dimensionen annehmen, wenn alle möglichen Kombinationen und Variationen zur Erörterung gelangen sollten. Ich beschränke mich auf die Mitteilung meiner Erfahrungen und möchte damit eine Anregung zur Publikation weiterer Erfahrungen — nicht aber zur Erfindung weiterer Neuerungen geben.

Die Hydrotherapeuten bedienen sich seit jeher kombinierter Reize, auf Grund wissenschaftlicher Untersuchungen und



klinischer Beobachtungen, und die Erfolge, die die Hydrotherapeuten erzielen, sind einzig und allein auf die Tatsache zurückzuführen, daß sie den wechselnden Verhältnissen entsprechend verschieden dosierte thermische und mechanische Reize anwenden. Wenn die Hydrotherapie immer nur den thermischen Faktor bei der Indikationsstellung berücksichtigt, den mechanischen Reiz aber vernachlässigt hätte, dann stünden wir Hydrotherapeuten heute beiläufig dort, wo leider noch viele Aerzte stehen: auf dem Standpunkte, auf dem man den Mißerfolg, aber nicht die Fehler seines Tuns sieht und die Ursachen des Mißerfolges der Methode und nicht der falschen Methodik zuschreibt.

Ich erinnere an eine Zeit, in der Winternitz die hydriatische Antipyrese in Wort und Schrift propagierte. Es wurde damals für die Bedeutung der Hydrotherapie sowohl in Bezug auf die Wärmeabgabe als auch in Bezug auf die Wärmeproduktion lebhaft gekämpft. Da trat ein Teil der Gegner mit der Behauptung auf: Bäder von mittleren Temperaturen steigern die Körpertemperatur, die hydriatische „Antipyrese" sei daher schädlich, ein anderer Teil der Gegner kam mit dem Ergebnisse seiner Beobachtungen: Bäder von mittleren Temperaturen seien schädlich, weil sie Kollaps oder kollapsartigen Abfall der Körpertemperaturen bewirken!

Alle Gegner hatten eben nur den thermischen Reiz im Auge gehabt und den mechanischen Reiz des Frottierens und des Uebergießens im antipyretischen Halbbade, der fast der wichtigere von beiden ist, gänzlich vernachlässigt. Sie sahen den Mißerfolg, aber nicht ihre eigenen methodischen Fehler.

Dies eine Beispiel zeigt uns, wie notwendig es ist, den thermischen und mechanischen Faktor der hydriatischen Prozeduren zu kombinieren, daß wir ohne kombinierte Reize schwer unser Auslangen finden. Und wo immer wir hinblicken, sehen wir das Bedürfnis, einen thermischen Reiz mit einem mechanischen zu verbinden, oder, wo diese Verbindung, wie bei Einpackungen, Umschlägen etc., nicht möglich oder tunlich ist, den mechanischen dem thermischen Reiz folgen zu lassen, da wir ja in letzteren Fällen nach der Einwirkung der hydriatischen Prozedur eine Friktion, eine Abreibung etc. vornehmen. Nur in seltenen Fällen weichen wir von dieser Regel ab.

Wir gehen einen Schritt weiter und sehen thermische Reize mit mechanotherapeutischen Aktionen Hand in Hand gehen.

Die Erfolge der Hydrotherapie und die jüngste Errungenschaft der Mechanotherapie — die Uebungstherapie — vereinigen sich zu den kinetotherapeutischen Prozeduren, die zu ganz ungeahnten praktischen Erfolgen führen.

Leyden und Goldscheider haben darauf aufmerksam gemacht, daß man das Gesetz des Auftriebes, nach welchem ein im Wasser befindlicher Körper um das Gewicht der verdrängten Wassermenge erleichtert wird, zu Heilzwecken verwenden kann, und zwar zur bahnenden Uebungstherapie. Wenn nur eine Spur einer Beweglichkeit in gelähmten Extremitäten besteht, so wird diese geringe Spur von Bewegungsfähigkeit im Bade ausgenützt, die Arbeit der gelähmten Extremität im Bade ist eine geringe und die Leistung eine dem erwähnten physikalischen Gesetze entsprechend größere.

Vor etwa vier Wochen begann ich die Kinetotherapie bei einem 14jährigen Knaben, der eine fast komplette Paraplegie der unteren Extremitäten nach einer Infektionskrankheit hatte. Durch zwei Jahre wurden alle möglichen Behandlungsmethoden eingeleitet, ganz erfolglos. Erst nach der Anwendung der kinetotherapeutischen Bäder, die täglich vorgenommen wurden, trat sichtliche Besserung ein, die heute so weit gediehen ist, daß der Knabe mit Unterstützung stehen und gehen kann. Der ungeahnte Erfolg ist der Kombination der Thermotherapie, wie sie in solchen Fällen seit jeher angewendet wurde, und der Mechanotherapie zuzuschreiben und es wäre höchst wünschenswert, daß diese Methode Eingang in die Praxis fände.

Die kinetotherapeutischen Bäder können auch als Vorschule für die kompensatorische Uebungstherapie bei Tabes betrachtet und mit Erfolg angewendet werden. Der Vorgang hat sich mir wiederholt in glänzender Weise bewährt.

Die Kombination bestimmter thermischer Reize mit Massage ist ungemein mannigfach. Als Träger thermischer Reize werden Wasser, Luft und feste Medien verwendet.

Eine von Winternitz und seiner Schule seit langem geübte Methode ist die fließende Rückenwaschung, d. i. die Kombination einer kalten beweglichen Dusche mit nicht starkem Druck längs der Wirbelsäule und Effleurage des Rückens. Die Temperatur des Wassers ist 10—12° R. Die Dauer der Prozedur beträgt 2—3 Minuten.

Sie findet Anwendung bei Neurasthenikern, namentlich sexuellen Neurasthenikern, bei nervös-asthmatischen Zuständen und nervösem Herzklopfen. Im letzteren Falle habe ich die fließende Rückenwaschung wiederholt mit Rückenpackungen kombiniert. Jeder der beiden Faktoren ist geeignet, die Tachykardie zu beheben, beide zusammen wirken vortrefflich.

Die Kombination von Duschen und Massage finden wir in einzelnen Bädern, wie Aix-les-Bains, Aachen etc. Der Patient sitzt auf einem Stuhle oder steht frei in dem Badekabinett, während der Baigneur oder die Baigneuse den Schlauch, durch welchen das heiße Wasser direkt, ohne besonderen Fall oder Stoß, auf das kranke Glied, resp. den kranken Körperteil fließt, hält und zu gleicher Zeit den betreffenden Körperteil massiert. Die Temperatur des Wassers ist hoch. Diese Duschmassage ist es, welche vorzüglich in den betreffenden Orten geübt wird, auf welche die Aerzte das Hauptgewicht legen und welchen die Orte ihren weitverbreiteten Ruf verdanken. Die Bäder werden gegen Gelenksleiden aller Art, Neuralgien, Lähmungen, Muskelatrophien und Syphilis angewendet.

Brieger empfiehlt die Anwendung der Massage während der schottischen Dusche bei Ischias und chronischem Gelenksrheumatismus, eine Methode, die wir seit langem üben, da wir von ihr sehr gute Erfolge zu verzeichnen haben.

Hieher gehört auch die in der Dermatologie sehr häufig angewendete Kombination lokaler Dampfduschen mit Massage bei Acne vulgaris und die in der Gynäkologie geübte Methode der Dampfirrigationen in Verbindung mit der Thure-Brandt'schen Massage.

Wiederholt wurde die Massage des Abdomens und anderer Körperteile im warmen Vollbade empfohlen. Die erschlaffende Wirkung des warmen Wassers auf die Muskulatur wurde als Vorteil dieser Kombination hervorgehoben. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß die erschlafften Muskel im warmen Bade sich sofort und stark kontrahieren, so wie die Hand zu massieren begann.

Eine seit altersher geübte Kombination thermischer und mechanischer Reize stellt das Schwimmen dar. Wir haben es hier mit einer Kombination von Muskelarbeit und thermischer Reize zu tun, die nicht nur in der Hygiene und Abhärtung, sondern auch in der Therapie eine hervorragende Rolle spielt, und erst vor nicht langer Zeit hat Winternitz wieder darauf hingewiesen und experimentell nachgewiesen, wie groß der Einfluß solcher Bäder auf den Wärmehaushalt ist und wie solche Prozeduren in allen Fällen, in denen eine Beschleunigung des Stoffwechsels (Adipositas) angezeigt ist, verwertet werden können. Die Vortrefflichkeit der Kombination der Muskelübung und eines thermischen Reizes führt zu der Konstruktion des Ruderbades von Prof. Gaertner. Das Ruderbad bietet einen Ersatz für das Schwimmbad, welches ja nur wenigen Menschen zur Verfügung steht. Das Schwimmbad unterscheidet sich aber wesentlich vom Wannenbad. Jeder gesunde Mensch kann schwimmend 15—30 Minuten lang im Wasser von 20° C. verweilen, ohne unter der Kälte zu leiden; in einem Wannenbad von 20° C. fühlt man sich nach wenigen Minuten höchst unbehaglich, und es gehört ein Heroismus dazu, eine halbe Stunde darin auszuhalten. Die Ursachen dieser Verschiedenheit

liegen darin, daß im Schwimmbade Muskelarbeit geleistet wird, im Wannenbade nicht. Bei der Muskelarbeit wird als Nebenprodukt Wärme erzeugt, die durch Haut und Lunge abgegeben wird, dabei strömt mehr Blut durch die Hautgefäße, die Haut wird wärmer, die Differenz zwischen ihrer Temperatur und der ihrer Umgebung größer und die mit dieser Differenz Schritt haltende Wärmeabgabe wird ebenfalls vermehrt. Subjektiv macht sich diese vermehrte Wärmebildung und Abgabe bei der Arbeit als Wärmegefühl bemerkbar, welches zweifellos von den Endorganen der wärmeempfindenden Hautnerven ausgeht. Entgegengesetzt liegen die Verhältnisse im kalten Wannenbade. Die Wärmeabgabe ist wegen der besseren thermischen Leistungsfähigkeit selbst dann wesentlich gesteigert, wenn die Temperatur des Wasser höher ist als die der Luft, in welcher wir uns, mit schlecht leitenden Kleidern bedeckt, sonst bewegen. Die Wärmeregulierung tritt in Tätigkeit, indem der Blutstrom durch die Haut gedrosselt, die Temperatur der Haut erniedrigt, die Differenz zwischen Haut und umgebendem Medium verringert wird. Subjektiv tritt Kälteempfindung ein, die schließlich auch ein Wärmeregulierungsvorgang ist, indem sie uns veranlaßt, dem abnormen Zustande durch Enteilen aus dem Bade ein Ende zu bereiten. Noch ein zweiter Unterschied zwischen kaltem Schwimmbad und kaltem Wannenbad verdient bemerkt zu werden. Beim Schwimmen bewegt sich unser Körper durch das Wasser. Der taktile Eindruck, welcher das Gleiten des Wassers über die Haut bedingt, ist angenehm. Er erhöht den Genuß des Bades, und zwar umsomehr, je kräftiger er ist, je rascher also das Wasser über den Körper oder der Körper durch das Wasser sich fortbewegt. Ganz besonders erquickend wirkt diese Komponente, wenn Ruhe des Wassers mit intensiver Bewegung abwechselt und namentlich wenn dabei ein zeitweiliges Ueberschütten der außerhalb des Wassers befindlichen Körperabschnitte erfolgt. Das Ideal des kalten Bades ist das Seebad bei Wellengang. Auf Grund der hier dem Originalaufsatze Gaertners entnommenen Erwägungen hat Gaertner den Versuch unternommen, im Wannenbade ähnliche Bedingungen zu schaffen, wie sie im Schwimmbade oder im Strombade gegeben sind.

Der notwendige Apparat besteht aus einem Brettchen von 25 cm Länge, 11 cm Breite und 1 cm Dicke, welches in der Mitte der beiden Schmalseiten zwei walzenförmige Handgriffe trägt. Ein Thermometer, in der Mitte des Brettchens angebracht, ermöglicht die stete Beobachtung der Wassertemperatur. Mit dem Brettchen werden Ruderbewegungen ausgeführt. Der Badende erfaßt es an den Handhaben, beugt sich vor und zieht es durch das Wasser hindurch an seine Brust. An der Arbeitsleistung sollen sich Rumpf-, Hüft- und Armmuskeln beteiligen. Solche Ruderbewegungen führt man in der Minute nicht mehr als 20—25 aus. Jeder einzelne Bewegungsakt erfolge accelerando, der Anfang langsam, das Ende rascher. Die Vorderfläche des Brettchens steht am Beginne senkrecht, wird aber dann ein wenig nach aufwärts gewendet, um eine kleine Sturzwelle gegen Brust, Hals und Kopf zu schleudern. Das Zurückführen des Ruders in die Ausgangslage läßt Gaertner ohne Widerstand durch die Luft hindurch ausführen. Damit wird einerseits die bei jeder Arbeit sehr angenehm empfundene Erholungsphase erzielt, anderseits wird die Wasserströmung, welche die Bewegung des Brettchens hervorruft, nicht gestört. Die kräftige Bewegung des Wassers bildet einen Vorzug dieser Badeform, welche sie mit dem Schwimmbade und Strombade teilt. Die Durchführung eines Ruderbades gestaltet sich wie folgt: Die Wanne wird zur Hälfte mit Wasser von 30° C. gefüllt. Der Badende setzt sich ins Bad, und zwar möglichst nahe dem Kopfende, um genügend Spielraum für die Bewegungen zu haben, ergreift das Ruderbrettchen und führt die beschriebenen Bewegungen aus. Jetzt läßt man kaltes Wasser in raschem Strome zufließen. Die Temperatur kann man, wenn es sich um gesunde, kräftige Menschen handelt, auf 20° C. und darunter einstellen. Der subjektiv wahrnehmbare Effekt des Bades ist identisch mit

dem eines gleich temperierten Schwimmbades.

Der Bedeutung der Kombination des thermischen und mechanischen Reizes wird auch bei verschiedenen anderen Badeformen Rechnung getragen, z. B. bei den Höglauer'schen Bädern, bei denen das Wasser mit Hilfe eines von einem Motor bewegten Schaufelrades in Zirkulation gebracht wird.

Eine zweckmäßige Thermomassage hat Goldscheider beschrieben. Er verwendet zu dieser Massage hohle Blechgefäße in der Form der bekannten Tintenlöscher oder in Rollenform, deren untere und obere Fläche mit Flanellstreifen bedeckt ist. Diese Gefäße werden mit essigsaurem Natron gefüllt und zugelötet. Vor dem Gebrauche kommen sie $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden in heißes Wasser, das geschmolzene Salz gibt dann die Wärme langsam ab und der Apparat bleibt ziemlich lange heiß. Mit diesem Thermophor wird nun mit drückenden und streichenden Bewegungen eine Art Massage ausgeübt, die sich besonders bei rheumatischen Muskel- und Gelenksschmerzen, bei Ischias und anderen Neuralgien sowie bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker bewährt hat.

Die Kombination von Wärmeanwendung und Massage beruht auf der Erfahrung, daß kräftige Massage viel leichter unter gleichzeitiger Anwendung von Wärme vertragen wird und daß auch passive Bewegungen an schmerzhaften Gelenken viel leichter und extensiver ausgeführt werden können, wenn sie unter der Einwirkung von Wärme vorgenommen werden. Man erzielt ja bekanntlich viel günstigere Erfolge mit passiven Bewegungen im warmen Bade bei alten gichtischen und rheumatischen Gelenksaffektionen, als ohne Bad, und man bringt es nach solchen Prozeduren sehr bald so weit, daß die Patienten selbst die passiven Bewegungen im Bade vornehmen, ohne Schmerzen zu fürchten. Nach Knochenbrüchen, Verrenkungen etc. ist die Kombination von warmen Bädern mit Massage respektive passiven Uebungen der Gelenke ein Verfahren, welches heutzutage überall angewendet wird.

Eine uralte, jedoch erst in der letzten Zeit wieder lebhaft propagierte Behandlungsmethode ist die Massage im Dampfbade, Heißluftbade und die Massage unter der Heißluftdusche.

Bezüglich der Massage in Kombination mit dem Dampfbade möge hier vorerst darauf hingewiesen werden, daß wir nicht die im Anschlusse an ein Dampfbad vorgenommene Durchknetung, wie sie in den verschiedensten Bädern geübt wird, als Heilpotenz hier besprechen wollen. Diese Prozeduren haben gewiß einen hygienischen Wert, kommen aber für uns schon deshalb nicht in Betracht, weil sie gewöhnlich von Laien vorgenommen werden. Für therapeutische Zwecke kommt die während der thermischen Prozedur vorgenommene allgemeine oder lokale Massage in Betracht. Dampfbäder und allgemeine Heißluftbäder in Verbindung mit Massage des ganzen Körpers nehmen einen hervorragenden Platz in der Behandlung der Stoffwechselkrankheiten ein, und ich will hier ganz besonders auf die vortreffliche Wirkung dieser Kombination bei Adipositas und Arthritis urica respektive uratischer Diathese hinweisen.

Sehr zweckmäßig ist die Kombination der Frey'schen Heißluftdusche mit Massage. Frey hat einen Apparat konstruiert, der imstande ist, einen Heißluftstrom jeder gewünschten Temperatur bis 250° C. und jeder gewünschten Stärke zu liefern, der außerdem noch durch die verschiedenen Mundstücke variabel ist. Der Arzt leitet mit einer Hand den Heißluftstrom derart auf die kranke Stelle, daß er in einer Entfernung von 5—10 cm mit dem Mundstücke des Schlauches kleinere und größere Kreise beschreibt, deren Durchmesser etwa 10—20 cm beträgt, mit der anderen Hand werden die typischen streichenden, reibenden und knetenden Bewegungen ausgeführt. Wo beide Hände zur Massage nötig sind, dirigiert ein geschulter Diener den Schlauch. Eine Sitzung soll 5—15 Minuten dauern. Die Prozedur leistet sehr gute Dienste bei Erkrankungen der Gelenke, Muskeln und Nerven und wäre auch zur Behand-

lung chronischer, auf Atonie basierender Obstipation heranzuziehen.

In Heilanstalten und Kurorten wird häufig Schlamm, Fango, Liman etc. zu Einreibungen benützt. Es ist dies ebenfalls eine Kombination eines thermischen Reizes mit einem mechanischen Reize. Eine spezifisch chemische Wirkung kommt diesen Mitteln nicht zu, es handelt sich lediglich um die Kombination der genannten zwei Reize.

Ein Vergleich der physiologischen Wirkungsweise der thermischen Reize und der hier geschilderten mechanischen Reize (mit Ausnahme der kinetotherapeutischen Prozeduren) zeigt, daß beide Methoden einander nur zu unterstützen imstande sind. Der Haupteffekt, d. h. der therapeutisch zunächst in Frage kommende Effekt ist die Hyperämie, das gewaltige Heilmittel, welches im letzten Jahrzehnt alle ärztlichen Kreise lebhaft beschäftigte. Die Anregung des Stoffwechsels, die Resorption krankhafter Stoffe, die Ausscheidung, respektive Fortschaffung krankhafter Stoffe sind Konsequenzen einer lebhaften Fluxion, einer aktiven Hyperämie, wie sie durch jede einzelne, besser jedenfalls durch die Kombination der wiederholt genannten Reize erzeugt werden können.

Der Erfolg der genannten kombinierten Reize rechtfertigt die Frage nach der Durchführbarkeit derselben in der häuslichen Praxis. Die Beantwortung der Frage ist sehr einfach. Die vielen Methoden, die hier beschrieben wurden, beweisen nur, daß die Kombination beliebt ist und daß jede einzelne Methode erfolgreich ist. Da dies tatsächlich auch der Fall ist, kann man mit den einfachsten Behelfen auskommen.

Die Goldscheider'sche Thermomassage ist eine einfache, überall mit geringen Behelfen leicht durchführbare Methode, aber auch lokale und allgemeine Dampfbäder lassen sich in jedem Haushalte herstellen, um in Verbindung mit Massage angewendet zu werden. Ich erinnere an das Dampfbad in der Wanne von Winternitz, an das Gartner'sche Dampfbad im Bette, um zu zeigen, mit welch einfachen Mitteln man unter Umständen sein Auslangen findet. Und die Popularisierung der physikalischen Heilmethoden ist nur möglich, wenn die Methodik vereinfacht wird.

Einen ganz besonderen, schon durch ihre geschichtliche Entwicklung eigentümlichen Rang in unserem System nimmt die Balneotherapie ein. Sie schritt Jahrhunderte hindurch allein einher, sah nicht nach rechts und nicht nach links, sie begnügte sich mit ihren Heilpotenzen und mied ängstlich jede Annäherung einer anderen physikalischen Heilpotenz.

Allmählich schwand ihr Stolz und nun sehen wir Balneotherapie und Hydrotherapie, Balneotherapie und Mechanotherapie, Balneotherapie und Elektrotherapie Hand in Hand gehen. Die einzige Kombination, die stillschweigend anerkannt war, weil eine Trennung nicht leicht durchführbar ist, ist die Kombination der Balneotherapie mit der Diätetik. (Schluß folgt.)

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber Oesophagusaufblähung zur Beseitigung eines Fremdkörpers. Von Dr. Otto Franck.

Ein 60jähriger Mann hatte einen großen Bissen Fleisch hinuntergewürgt und derselbe war ihm tief im Halse stecken geblieben. Patient hatte den gleichen Zustand bei kleineren Bissen schon wiederholt gehabt, doch waren diese immer nach einigen Stunden von selbst hinuntergeglitten. Vermutlich hatte er also eine leichte Stenosierung der Speiseröhre in ihrem Anfangsteil. Diesmal konnte er nichts schlucken und vertrug auch keinen Versuch einer Sondierung, durch welche etwa das Fleisch hätte gelockert oder



hinabgestoßen werden können. Am dritten Tage, als der Allgemeinzustand ein ernster wurde, kam Vf. auf die Idee, die Aufblähung der Speiseröhre zu versuchen. Er ließ also den Kranken die Bestandteile eines Brausepulvers, getrennt, in sehr wenig Wasser gelöst, rasch hintereinander trinken und danach Mund und Nase fest zuhalten. Nach kurzer Zeit atmete der Kranke unter heftigem Aufstoßen erlöst auf; der Bissen war in den Magen hinabgeglitten. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1905.) Weil.

Ueber die Bedeutung der follikulären Apparate des Verdauungstraktus, insbesondere des Wurmfortsatzes. Von Dr. E. Albrecht. (Vortrag in der gynäkologischen Gesellschaft in München am 16. Februar 1904.)

Es existieren keine einwandsfreien Beweise vergleichend anatomischer oder entwicklungsgeschichtlicher Art dafür, den Wurmfortsatz des Menschen als ein rudimentäres Organ aufzufassen. Seine wesentliche Bedeutung liegt in seiner Rolle als lymphatisches Organ („Tonsille des Dickdarms"); er steht hierin in Parallele mit einer bei den Einhufern und der Katze vorhandenen großen lymphoiden Platte an der Spitze des Cökums (ebenso wie der viel mächtiger ausgebildete Wurmfortsatz des Kaninchens). Aus der Lokalisation der lymphatischen Apparate des Darmtraktus bei Mensch und Haustieren, ihrem histologischen Aufbau und dem bisher bekannten physiologischen und pathologischen Verhalten der lymphatischen Apparate überhaupt, läßt sich folgern, daß eine gemeinsame und Hauptleistung jener besteht in a) der phagozytären Aufnahme und Zerstörung der in die Follikel aktiv eintretenden, beziehungsweise eingepreßten Bakterien; für die Peyer'schen Plaques und Proc. vermiformis (Bizzozero, Ribbert, Andrian), für die Lymphdrüsen (Perez, Manfredi, Viola); b) der Bildung von Antikörpern gegen dieselben, beziehungsweise eindringender Toxine (Perez, Manfredi, Viola, Rill). Für erstere Funktion kommen wahrscheinlich wesentlich die Endothelien in Frage, für die letztere vielleicht die Lymphozyten. In den genannten Leistungen liegt die überwiegende oder alleinige Bedeutung einzelner lymphatischer Organe, z. B. der Gaumen- und Rachenmandel und der follikulären Apparate am Zungengrunde und Rachen oder der „Analtonsille" des Hundes; für andere mag die resorptive Tätigkeit mehr oder weniger wesentlich sein. Wie weit durch Austritt von Flüssigkeit oder geformter Elemente eine schützende Wirkung gegenüber der Flora des Darminhaltes entfaltet wird, bleibt zu untersuchen.

Von dieser Auffassung aus werden verständlich:

a) die Verschiedenheiten der Lymphapparate des Darmes bei den verschiedenen Tierspezies, z. B. starke Entwicklung und der Beginn schon im Duodeum bei den Karnivoren (größere Häufigkeit der Aufnahme größerer Mengen infektiöser Bakterien aus der animalen Nahrung) und die relativ starke Entwicklung beim Schwein gegenüber den Herbivoren; b) die regelmäßige Häufung an verengten Stellen des Intestinaltraktus, z. B. Rachen, unteres Ileum etc.) oder in Nischen (Analtonsille des Hundes; die starke Entwicklung bei Kindern und jungen Tieren gegenüber dem reduzierten Zustand bei Erwachsenen: Notwendigkeit einer immunisierenden Anpassung an die auf dem Intestinalwege dauernd einpassierenden Mikrobien; Typus die Angina der Gaumentonsille. Ebenso wie die Lymphdrüsen, so stellen die Schleimhautlymphporgane „Immunisierungsapparate" dar, deren Bedeutung am größten im kindlichen Alter ist. F. L.

Meine Erfahrungen über Appendizitis. Von Prof. K. G. Lennander in Upsala.

Das Studium seiner akuten Fälle von Appendizitis hat Vf. gelehrt, daß es am besten für den Kranken ist, wenn er im Verlauf einer der nächsten Stunden operiert wird, nachdem man die Diagnose auf eine akute Appendizitis hat stellen können, sobald entweder sein allgemeines Aussehen oder irgend eines von den Symptomen Veranlassung zu Beunruhigung gibt. Findet sich keine Gelegenheit zu chirurgischer Behandlung, so kann viel

gewonnen werden durch Bettruhe und vollständige Enthaltung von Speise und Trank in der ersten Zeit. Die weiteren Ausführungen des Vf. haben rein chirurgisches Interesse. — (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 13, H. 3, 1904.) F. L.

Ueber die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes bei Krebskranken. Von Dr. K. Engel. (Aus der I. med. Klinik in Budapest.)

Die Frage, ob durch das Karzinom selbst, unbeachtet seiner Lokalisation, die Konzentration des Blutes erhöht werden kann, ist vorderhand nicht endgiltig zu entscheiden. Vf. fand dieselbe in keinem seiner Fälle. Seine Untersuchungen sprechen also nicht zu Gunsten dieser Annahme; Israels und Engelmanns Ergebnisse bilden keinen Beweis, da einen zwingenden Beweis nur der positive Befund solcher Fälle abgeben könnte, wo die Lokalisation des Karzinoms keine Niereninsuffizienz verursacht, wo keine Arteriosklerose besteht, wo die aus dem zyanösen Zustand des Blutes hervorgehende Fehlerquelle durch Sauerstoffdurchleitung vermieden wurde und wo auch die Möglichkeit der Azetonämie ausgeschlossen ist. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 31, 1904.) F. L.

Die Fettleibigkeit und deren Behandlung. Von Dr. Meyer in Bernstadt.

Die Folgeerscheinungen der Fettleibigkeit, welche wir als Vermehrung der Zirkulationswiderstände im Blut- und Säftestrom, in Insuffizienz des Herzmuskels, Erschwerung der Darmpassage, Behinderung der Lungenatmung etc. kennen, führen zu einer Verkürzung der Lebensdauer, die wir nach der Meinung des Vf. auf einfache Weise und ohne Entfaltung eines großen physikalisch-diätetischen Apparates hinausschieben, ja ganz ausschalten können. Das Zustandekommen der Fettleibigkeit ist an folgende Umstände gebunden: 1. Angeborene Anlage. 2. Ungenügende Funktion derjenigen Organe, welche durch Vermehrung des Stoffwechsels und somit stärkere Fettverbrennung eine Gegenwirkung gegen die ständige Fettablagerung zeitigen. 3. Abnorme Eßlust. 4. Stark fettreiche Kost, reichliche Zufuhr von Alkohol, besonders in verdünnter und leicht assimilierbarer Form, und reichliche sonstige Flüssigkeitszufuhr, welche zumal bei namhafter Kochsalzanwesenheit die Gewebe in beständiger Quellung hält. 5. Geringe Körperbewegung. 6. Phlegmatisches Temperament.

Alle die gedachten Momente zeigen nun die mannigfachsten Uebergänge und Verbindungen untereinander; sie haben aber die wesentliche Vorbedingung, daß dem menschlichen Organismus fortdauernd Stoffe, welche Fettansatz bewirken und unterhalten, zugeführt werden. Ueberall da, wo keine oder nur wenig Fette (vor allem Butter, Rahm, fette Saucen, fette Suppen, fettes Backwerk, fettreicher Käse, fettes Fleisch etc.) und Fettbildner (Leguminosen, Zucker etc.) zugeführt werden, kann trotz noch so ausgesprochener Anlage keine Fettablagerung eintreten. Die Fettablagerung ist trotz noch so günstiger Prädisposition in einem ziemlichen Grade abhängig von dem Maße der täglich geleisteten Muskelarbeit. Die Bestrebungen müssen dahin gehen, die sonst nur durch Ausschalten von Fettbildnern oder intensive Muskelarbeit erreichbare Verhinderung des Fettansatzes durch Maßnahmen zu erzielen, welche darauf hinauslaufen, den Körper in eine gewisse Unterernährung zu versetzen, und zwar nicht auf dem Wege einer gewöhnlichen Hungerkur, sondern dadurch, daß wir den Magen-Darmtraktus Einwirkungen aussetzen, welche das längere Verweilen der Ingesta unterbrechen und somit der Resorption von Fetten und Fettbildnern Einhalt tun. Dies erstrebt Vf. durch die Verabreichung von Mittelsalzen, die in nur einmaliger täglicher Morgendosis genommen, zumeist nur eine einmalige, völlig unschädliche, prompte und wohltuende Darmauswaschung, aber keine eigentliche Unterbrechung der Darmresorption bewirken. Sobald aber die Mittelsalzgabe am selben Tage ein zweitesmal genommen wird — gewöhnlich eine Stunde nach der Abendmahlzeit — so wird tatsächlich eine Unterbrechung der Resorption von Fetten, Fettbildnern und Stickstoffsubstanzen bewerkstelligt,

und der Körper ist angewiesen auf diejenige Verdauung, welche in der Zeit von morgens bis abends besteht. Diese Zufuhr kann noch weiter eingeschränkt werden dadurch, daß man von morgens bis abends nur drei Mahlzeiten genießen läßt und außerdem durch tunliche Einschränkung von Fetten und Fettbildnern.

Diese Maßnahmen des Vf. zur Behandlung der Fettleibigkeit (Unterernährung durch zweimalige tägliche Gaben von Mittelsalzlösungen, Einschränkung des Fettgenusses in jeder Form und tägliche $^1/_2$—1 stündliche Muskelarbeit) stellen keine wesentlichen Ansprüche an die Geduld, die Intelligenz, den Geldbeutel und die Zeit des Patienten. — (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 52, 1904.) F. L.

Ueber die ersten Veränderungen des in Resorption befindlichen Nahrungseiweißes. Von Dr. E. Freund in Wien.

Bei der Resorption eiweißhältiger Nahrung zeigt sich im Portalblut nur eine geringfügige Vermehrung von Zerschlagungsprodukten; die Hauptmenge des neuaufgenommenen Stickstoffes ist in der Form koagulablen Eiweißes einkoaguliert (Parapseudoglobulin). Dieser globulinartige Eiweißkörper zerfällt bei der Passage der Leber in Albumosen und weitere Zerfallsprodukte. Es ist eine Funktion des Darmes (nicht der Darmwand), einen Teil der Eiweißkörper des Blutes in jene Form überzuführen, in der sie durch die Leber und die anderen Organe abgebaut werden kann. Auch im Hungerzustand wird ein Teil des den Darm passierenden Blutes in jene Eiweißform umgewandelt, die in der Leber einem raschen Abbau unterliegt. — (Wiener klin. Rundschau Nr. 1, 1905.) F. L.

1. Ren mobilis. Von Dr. G. R. Adam.

2. Surgical Aspect of floating kidney. Von Dr. C. H. Hinder.

3. Ren mobilis beim weiblichen Geschlecht. Von Dr. J. A. G. Hamilton.

Nach Adam (1) kommen in ätiologischer Beziehung folgende Momente in Betracht: 1. Gewisse anatomische Verhältnisse der Nierenkapsel, die die Ektopie begünstigen. 2. Schneller Schwund des Fettes und Herabsetzung des Tonus der Muskulatur. 3. Wiederholte Schwangerschaften. 4. Festes Schnüren. 5. (selten) Trauma.

Hinder erwähnt die Seltenheit derjenigen Fälle von Ren mobilis, die auf dem Vorhandensein eines eigenen Mesenteriums der Niere beruhen. Trauma ist nach seiner Meinung wegen der Entzündung eher imstande eine Fixation der Niere herbeizuführen. Ebenso mißt er dem perirenalen Fett keine Bedeutung in ätiologischer Beziehung bei. Die beiden Hauptursachen für das Zustandekommen eines Ren mobilis sind nach seiner Meinung im Schwund des Tonus der Bauchmuskulatur und im Schnüren zu suchen. Auch nach der Angabe von Hamilton spielt das Schnüren eine Hauptrolle; im weiteren stimmt er der Anschauung von Adam bei, der, wie wir sahen, dem Trauma einen bedeutenden Einfluß zuschreibt. (Es erübrigt sich, über die klinischen und prognostischen Anschauungen zu berichten, da dieselben keine neuen Gesichtspunkte enthalten; es sollte hier nur im Anschluß an einige Referate der Februarnummer dieses Zentralblattes weiter das ätiologische Moment dieser weitverbreiteten Affektion gewürdigt werden. Ref.) — (Int.-Col. med. Journ. of Australasia, Nr. 10, 1903.) F. L.

Einwirkung von Salizylpräparaten auf die Nieren. Von Dr. Quenstedt. (Aus der med. Klinik der Universität Jena. Direktor: Prof. R. Stinzing.)

In den letzten Jahren ist von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen worden, daß nach Gebrauch von Salizyl regelmäßig eine nicht unerhebliche Reizung der gesamten Harnwege, speziell aber der Nieren auftritt. Die Untersuchungen des Vfs. führten zu folgenden Ergebnissen: Bei Anwendung von Salizylsäure in den gewöhnlichen mittelhohen Dosen treten nach kurzer Verabreichung Zeichen von Reizung des Harnapparates auf, die andauern, solange Salizyl gegeben wird. Wird einige Zeit die Salizylbehandlung ausgesetzt, so hören diese Erscheinungen auf. Sobald wieder Salizyl verabreicht wird, tritt von neuem eine Reizung auf.

Die Salizylnephritis heilt nach Aussetzen des Salizyls sehr bald aus, ohne irgend welche Folgen zu hinterlassen. Bei fortgesetzter Darreichung von kleinen Salizyldosen konnte Vf. keine vollständige Ausheilung beobachten.

In den von Vf. untersuchten Urinen waren fast stets Epithelien aus dem gesamten Harnapparat vorhanden. Auffallend häufig im Vergleich zu anderen Krankheiten war der Befund von Eiweiß in geringer Menge, und fast ebenso häufig der von Zylindern verschiedener Art. Weiße Blutkörperchen waren ziemlich häufig, etwas weniger häufig rote Blutkörperchen. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 3, 1905.) Laub.

Ueber die Anwendung der Nebennierenpräparate bei Erkrankungen des Oesophagus. Von Prof. Th. G. Janowski in Kiew.

Vf. prüfte die Wirkung der Nebennierenpräparate bei Erkankungen des Oesophagus, bei denen die Anwendung sonstiger therapeutischer Mittel so wenig von Erfolg gewesen ist. Vor allem kommt die akute Oesophagitis in Betracht, welche man am häufigsten bei Vergiftungen mit ätzenden Substanzen zu beobachten Gelegenheit hat. Hier treten speziell bei der Nahrungsaufnahme heftige Schmerzen in den Vordergrund, so daß die Patienten trotz des quälenden Durstes es vorziehen, lieber auf das Getränk zu verzichten, als die schon an und für sich heftigen Schmerzen zu steigern.

Die geringe Wirksamkeit der bisher bei den akuten Oesophagitiden angewandten Mittel veranlaßte Vf., die Nebennierenpräparate versuchsweise anzuwenden, die eine so ausgesprochene vasokonstriktorische, antiphlogistische und dadurch auch schmerzstillende Wirkung auf die Gewebe, die ihrer lokalen Wirkung unmittelbar ausgesetzt werden, ausüben.

Das Resultat der Behandlung war in der Mehrzahl der Fälle ein zweifellos günstiges. Die günstige Wirkung äußerte sich vor allem auf die Dysphagie: selbst in denjenigen Fällen, in denen die Patienten zuvor nicht schlucken konnten, erlangten sie 5—10 Minuten nach der Einnahme des Mittels das Vermögen, schon Flüssigkeiten zu schlucken.

Die Wirkung einer jeden Dosis scheint nicht rasch vorüberzugehen, da die Patienten, die das Mittel 3—4mal täglich bekamen, nicht von vorübergehender Erleichterung, sondern von andauernder Besserung ihres Zustandes sprachen.

Vf. hat den Eindruck, daß auch der ganze Verlauf des pathologischen Prozesses durch die Behandlung mit Nebennierenpräparaten abgekürzt werde. Er gibt vom Adrenalin (Lösung 1 : 1000) 5—10 Tropfen 3—4mal täglich, oder Suprarenaden in Dosen von 0·3. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 10, 1904.)

Laub.

Die Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von G. Klemperer.

Während der Kolikanfälle ist die Anwendung von Narkoticis unbedingt notwendig. Am schnellsten wirksam ist subkutane Injektion von 1—2 cg Morphium. Sind nach etwa 30 Minuten die Schmerzen nicht wesentlich gelindert, so ist die Injektion der gleichen Dosis zu wiederholen. Gallensteinschmerzen sind so überwältigend, daß ein Zurückhalten mit Morphium in keiner Weise gerechtfertigt ist; selbst höheres Alter und ein gewisser Grad von körperlicher Hinfälligkeit würden Morphium nicht kontraindiziert erscheinen lassen. — Gleichzeitig wende man lokal Wärme an, sei es Umschläge mit heißem Wasser, Kataplasmen oder Thermophor. — Während des Anfalles läßt man gewöhnlich Mineralwasser oder Zitronenlimonade oder Tee trinken. Scheint die Kolik vorübergegangen, so findet eine vorsichtige Ernährung, wie etwa nach akutem Magenkatarrh, statt.

Wenn sich die Koliken in häufiger Folge wiederholen, ohne zur Steinentleerung zu führen, so muß versucht werden, die Gallensekretion zu vermehren, um durch die größere vis a tergo den Stein herauszutreiben. Als galletreibend gilt die sogenannte Oelkur. Dieselbe besteht darin, daß man entweder durch einen Magenschlauch größere Mengen Oel (etwa 200 bis 250 cm^3) in den Magen eingießt oder aber stündlich einen Eßlöffel reinen

Speiseöls schlucken läßt. Neuerdings hat man die innere Darreichung mit der Applikation von Oelklistieren vertauscht, indem man täglich 1/4 l Oel per rectum einlaufen und möglichst mehrere Stunden lang halten läßt. Man hat auch statt des Oeles die Oelsäure medikamentös gegeben, z. B. ölsaures Natron, welches unter dem Namen Eunatrol in Pillenform verabreicht wird. Als weitere Cholagoga sind Kalomel, Podophyllin, sowie Salizylsäure empfohlen worden; doch ist die therapeutische Wirkung bei der Gallensteinkolik sehr zweifelhaft. Nach den Erfahrungen des Vfs. scheint das Quecksilber das meiste Vertrauen zu verdienen; Vf. verordnet gerne Sublimat 0·10 : 10, zweimal täglich fünf Tropfen in Wasser zu nehmen. Die beste Beeinflussung wiederholter Koliken besteht in der regelmäßigen Darreichung kleiner Mengen leicht verdaulicher Speisen. Dazu kommt die Empfehlung von Karlsbader Wasser, von dem man 2—3mal täglich ein Glas trinken läßt.

Bei protrahierten Koliken gelingt es manchmal, durch Massage der Gallenwege die Entleerung des Steines zu befördern.

Behandlung der Gallensteindiathese. Nach glücklichem Ablauf einer Kolik kommt es darauf an, die Bedingungen zu schaffen, die das ungehinderte Strömen der Galle bewirken und unterstützen; in zweiter Linie suche man für ausreichende Bildung von Galle zu sorgen. Es muß also zunächst alles vermieden werden, was einen Druck auf die Leber und eine Beengung der Gallengänge herbeiführen könnte: Beseitigung des Korsetts, bezw. des Gurtes, Notwendigkeit einer weiblichen Reformtracht.

Reichliche Gallenströmung kann man durch reichliches Trinken erzielen. Ganz besonders empfehlenswert ist die Flüssigkeitszufuhr bei nüchternem Magen.

Für die Diät ist die Erwägung maßgebend, daß es niemals zu Magenkatarrh kommen darf, der eventuell auf Duodenum und Choledochus fortgeleitet die Ursache einer Behinderung des Gallenstromes werden kann. Da die Magenverdauung einen reflektorischen Reiz für die Gallenabsonderung darstellt, soll der Patient oft essen, aber niemals zuviel.

Im allgemeinen sei vor allzu fetten, erfahrungsgemäß blähenden, scharf gewürzten, sehr sauren Speisen zu warnen.

Neben der Sorge für die Diät ist von besonderer Wichtigkeit die Betonung reichlicher Körperbewegung. Leuten mit sitzender Lebensweise sind gymnastische Uebungen im Zimmer zu empfehlen. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 2, 1905.)

Laub.

Ueber innerliche Darreichung von Lysol bei Anämie und seine mächtig den Appetit anregende Wirkung. Von Dr. Fritz Burger in Koburg.

Von der Erwägung ausgehend, daß sehr häufig die Ursache der Anämien, speziell im Kindesalter, in Darmstörungen zu suchen ist, indem die Resorption abnormer Gärungsprodukte durch den Darmtrakt und ihre Aufnahme in die Körpersäfte ganz erheblich das Allgemeinbefinden zu beeinflussen vermag, griff Vf. das Schlagwort „innere Antisepsis“ auf und machte zunächst zögernde Versuche mit Lysolgaben, allmählich damit dreister vorgehend, als er sah, daß nicht die geringste Schädigung für Magen, Nieren etc. daraus entstand, um schließlich ohne Scheu selbst Kindern von 2—4 Jahren eine Tagesgabe von 0·75—1·0, älteren aber bis zu 2·0 zu verordnen. Die Wirkung zunächst auf die Darmtätigkeit war fast immer die gewünschte. Dazu gesellte sich eine außerordentliche Steigerung des Appetits. Hand in Hand mit dieser doppelten Lysolwirkung ging eine rasche und wesentliche Besserung der Körperkräfte und des Aussehens. Vf. verschrieb: Lysol 5·0, Succ. liquir., pulv. liquor. q. s. u. f. Pil. Nr. 50. D. S. 1—2stündlich eine Pille. Bei stärkeren Durchfällen empfiehlt sich ein Zusatz von Extr. opii, bei hochgradiger Chlorose bewährte sich eine Kombinierung mit Ferr. reduct. und Magn. ust. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1905.)

Laub.

Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre. Von Hermann Lenhartz in Hamburg.

Vf. hatte im Laufe der letzten zehn Jahre Gelegenheit, über 45 Fälle von epidemischer Genickstarre zu beobachten.

Nur wenige waren leicht, die meisten waren sehr schwer. Während Vf. in den ersten Jahren von der Quincke'schen Lumbalpunktion bei solchen Fällen immer nur sporadisch einigen Nutzen gesehen hatte, hatte er in den letzten Jahren immer mehr die Ueberzeugung gewonnen, daß man durch regelmäßig und häufig wiederholte Lumbalpunktionen den Krankheitsprozeß entschieden günstig beeinflussen kann, und daß man imstande ist, sowohl in den ersten Erkrankungstagen wie namentlich auch in späterer Zeit die drohende Lebensgefahr öfter abzuwenden, wie dies früher wohl möglich war.

Die Punktion wird am besten in der Weise ausgeführt, daß man in linker oder rechter Seitenlage und bei nicht erhöhtem Kopfe genau in der Mittellinie zwischen zwei Dornfortsätzen die Hohlnadel einführt. Der Einstich gelingt dem Ungeübten um so eher, je mehr die Lumbalgegend nach außen durchgebogen wird, was um so leichter geschieht, wenn die Oberschenkel gegen den Bauch gezogen und herangedrückt werden. Legt man eine Senkrechte von Crista ilei auf die Wirbelsäule, so findet man den günstigsten Punkt für den Einstich.

Es ist ratsam, in einer Sitzung nicht mehr wie (im Mittel) 30 bis höchstens 50 cm³ abzulassen und sich zur Pflicht zu machen, nur unter Kontrolle des überall leicht mitzunehmenden Steigrohres die Druckmessung vorzunehmen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 12, 1905.)

Laub.

Zur Therapie der Cholelithiasis. Von Dr. A. Hurt in Beuthen.

Viele Abführmittel verdanken ihrer sekretionsanregenden Eigenschaft ihre Empfehlung gegen Gallensteinkrankheit. Jedoch wirken dieselben nur dann gallentreibend, wenn sie nicht in abführenden Dosen gegeben werden. Tritt Durchfall ein, so hört ihr Einfluß auf die Gallensekretion auf.

Ein bekannte Cholagogum ist Kalomel. In kleinen Dosen gegeben, ist es geeignet, der Obstipation, an welcher Gallensteinkranke fast immer zu leiden pflegen, Vorschub zu leisten. Um dem vorzubeugen, empfiehlt Vf. das Kalomel mit Extr. Strychni zu kombinieren. Auf diese Weise gelingt es auch in Fällen, wo Obstipation die Regel war, die Stuhlentleerung zu regeln. Außerdem stellt dieses Mittel auch ein ausgezeichnetes Stomachikum dar, welches eine reichliche Nahrungszufuhr ermöglicht. Letztere ist aber Gallensteinkranken insoferne dienlich, als eine reichliche Kost die Gallenabsonderung am intensivsten anregt und dadurch den Gallenstrom beschleunigt. Auf diese Weise wird einer Sedimentierung der Galle sowie einer Konkrementbildung am wirksamsten vorgebeugt.

Kolikfreien Kranken verordnet Vf.:

Rp. Hydrargyr. chlorat. } āā 0·40—0·50
Extr. Strychni }
Pulv. aromat. s. Rhei } āā 1·50
Extr. Rhei }

M. f. pil. Nr. XXX. Consp. D. S. Zwei- bis dreimal täglich eine Pille zu nehmen.

Bei dieser Verordnung hat Vf. weder Diarrhöen noch Darmkolik beobachtet.

Bei Gallensteinkoliken verordnet er, außer Morphium subkutan, folgende Pillen:

Rp. Podophyllini 0·20
Hydrargyri chlorat. 0·40
Extr. Strychni } āā 0·30
Extr. Belladonnae }

M. f. pil. Nr. XX. Consp. D. S. Beim Anfall zweistündlich eine Pille bis zur Wirkung zu nehmen; hernach 1—2 Pillen täglich.

Sollten diese Pillen bei weiterem Gebrauche Diarrhöen hervorrufen, so sind sie gegen die ersteren zu vertauschen.

Indiziert ist die Kalomelbehandlung in allen Fällen, wo die üblichen Behandlungsmethoden im Stiche lassen, ferner bei Greisen und Tuberkulösen. Schließlich ist sie in allen Fällen von akuter Cholezystitis ein dringendes Bedürfnis, wenn es gilt, eine frische Infektion zu bekämpfen, z. B. nach Appendizitis, Typhus abdominalis etc. — (Therap. Monatsh., H. 4, 1905.)

Laub.



Chirurgie.

Wann soll bei Perityphlitis operiert werden? Von R. v. Renvers in Berlin.

Vf. versucht aus seiner reichen Erfahrung die Frage zu beantworten, wie sich der Internist gegenüber der von einer großen Zahl von Chirurgen aufgestellten Forderung der Operation à tout prix verhalten soll. Er hält letzteren entgegen, daß ihre Statistik mit 6% Mortalität nicht besser ist, als diejenige der „Opportunisten", die nur die schweren Fälle sofort, die übrigen im Intervall operieren. Er teilt die einschlägigen Fälle in drei Gruppen: Perityphlitis simplex, purulenta und septica und stellt folgende Sätze auf: die erste Gruppe ist im allgemeinen konservativ zu behandeln und soll nur bei öfteren Rezidiven dem Chirurgen überantwortet werden; die zweite Gruppe, die mit einem abgekapselten Abszeß einhergeht, kann anfangs symptomatisch behandelt werden (da sie oft spontan ausheilt) und nur, wenn nach dem fünften Tag das Exsudat noch wächst, greife man zum Messer. Sofortiger operativer Eingriff ist dagegen bei der dritten Gruppe mit diffuser jauchiger Peritonitis (Symptome: Ausdehnung des Schmerzes über das ganze Abdomen mit hochgradiger Empfindlichkeit, trockene Zunge, frequenter Puls etc.) erforderlich, falls die Patienten nicht schon so geschwächt sind, daß man ihnen eine Narkose nicht mehr zumuten kann. — (Med. Klinik Nr. 20, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Die operative Behandlung des Wurmfortsatzdurchbruchs. Von J. Feßler in München.

Vf. bespricht auf Grund seiner an 25 Fällen gesammelten Erfahrung und unter Benützung der in dem Sammelwerk „Die deutsche Klinik etc." erschienenen einschlägigen Arbeiten von Sonnenburg und Vierordt die Symptomatologie, Prognose und Therapie der Appendicitis perforativa. Für die Diagnose der akuten Appendizitis kommt in Betracht das plötzliche Auftreten von heftigen Schmerzen in der rechten Darmbeingrube. Einmaliges „gußweises" Erbrechen bei sehr heftigen Schmerzen soll ein Zeichen für die beginnende Perforation sein. Stuhlgang und Temperatur bieten keinen Anhaltspunkt für das Fortschreiten des Prozesses. Von großer Bedeutung für die Beurteilung des Falles ist die sogenannte Facies peritonitica mit aufgetriebenem Abdomen, Singultus, flacher Atmung etc. Eine Dämpfung von Seiten des Exsudats kann infolge Ueberlagerung geblähter Schlingen fehlen. Die Lage der Dämpfung ist sehr variabel, je nach Lage des Wurmfortsatzes an typischer Stelle oder mehr nach oben zur Leber hin oder medianwärts nach der Radix mesenterii. Letztere Fälle geben die schlechteste Prognose, weil es fast stets zur diffusen Peritonitis kommt. Bei der akuten allgemeinen Peritonitis muß natürlich umgehend operiert werden, ebenso bei prokredienten Abszessen. Bei Appendizitis, speziell der tuberkulösen, fühlt man oft eine Drüsenschwellung über dem rechten Leistenband (iliakale Lymphdrüsen). Erwähnenswert ist besonders ein Fall, wo eine große Geschwulst bei der Autopsie in vivo anfangs ein Neoplasma des Beckens vortäuschte; bei weiterem Vorgehen erwies sich diese Geschwulst als Abszeßhöhle mit eingedicktem Eiter. — (Sammlung klin. Vorträge, Nr. 366.)

Lewisohn, Heidelberg.

Zur Operation des Wurmfortsatzes. Von A. W. Mayo Robson.

Nach schichtweiser Durchtrennung der Bauchmuskulatur, entsprechend ihrer Verlaufsrichtung, nach Eröffnung des Peritoneums und Abtrennung des Mesenteriolums wird der Appendix an seiner Basis mit der Spencer-Wells'schen Klemme bis auf das Peritoneum durchquetscht, um diese Partie eine Katgutligatur geknüpft und um die Basis eine Tabaksbeutelnaht gelegt, die dann nach Entfernung des Appendix und Versenkung des Stumpfes geknüpft wird. Etagennaht der Bauchdecken. — (Brit. med. Journ. Nr. 2299, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Zur Behandlung der Appendizitis. Von R. Parker in Liverpool.

Vf. erörtert in einem Vortrag seinen Standpunkt zur Appendizitisbehandlung.



Wenn er auch zugibt, daß leichte Fälle konservativ, eventuell mit leichten Abführmitteln, behandelt werden können, so ist er doch im allgemeinen für frühzeitiges Operieren. Er bespricht zum Schluß die Diagnose und Operationstechnik, bei der er nicht von dem allgemein gebräuchlichen Vorgehen abweicht. — (Brit. med. Journ. Nr. 2299, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Seltene Form appendizitischer Eiterung. Von G. A. Clarkson in Manchester.

Bericht über einen Fall, bei dem vier Monate nach dem ersten Anfall durch einen großen Abszeß, der auf das Rektum drückte, eine fast vollständige Obstruktion hervorgerufen war. Laparotomie mit Eröffnung des Abszesses; der Wurmfortsatz kam wegen starker Adhäsionen nicht zu Gesicht. Zwei Jahre später bildete sich, auf derselben Basis beruhend, ein Psoasabszeß aus, an dem Patient trotz Operation allmählich zugrunde ging. — (Brit. med. Journ. Nr. 2299, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Ueber Komplikationen nach Appendizitisoperationen. Von Sir Frederick Treves in London.

An einem Material von 1000 Fällen bespricht Vf. die Komplikationen, die den regelrechten Heilungsverlauf nach Appendicektomien beeinflussen, speziell die Fälle von Rezidivattacken nach Operationen im Intervall. Scheidet man die Fälle aus, die auf Adhäsionsbildung beruhen, so kommen neben Neurasthenie vor allem folgende Momente in Betracht: 1. Unvollständige Resektion des Wurmfortsatzes mit Abszeßbildung im Stumpf; 2. Oophoritis chron. dextra; 3. Colitis; 4. Gallensteine; 5. Wanderniere. Vf. belegt diese Komplikationen sämtlich mit Krankenberichten aus seinem so reichen Beobachtungsmaterial. Zur Vermeidung des Stumpfrezidivs muß man sich stets bemühen, den Wurmfortsatz in toto zu resezieren. Die Erkrankung des rechten Ovariums ist viel häufiger als man gewöhnlich annimmt, und zwar täuscht sie oft eine Appendizitis vor. Bei der innigen lymphatischen Verbindung beider Organe finden sich beide Affektionen aber auch oft nebeneinander bestehend. Jedenfalls soll man in allen Fällen, wo sich der Wurmfortsatz als gesund erweist, das rechte Ovarium gründlich, eventuell unter Verlängerung des Schnittes, inspizieren. Interessant ist ein vom Vf. aus der Literatur zitierter Fall eines Knaben, dem nach 20 Attacken, die als appendizitische gedeutet wurden, der Wurmfortsatz entfernt werden sollte. Bei der Operation fand sich letzterer normal, statt dessen aber ein rechtsseitiger Nierenbeckenstein. Die nach Inzision eines perityphlitischen Abzesses restierenden Fisteln, auch die Kotfisteln, schließen sich meist spontan, oft allerdings erst nach langer Zeit. Vf. rät daher, mit einer Sekundäroperation nicht zu rasch bei der Hand zu sein. Er hält der Ansicht einiger Autoren entgegen, die an jede Inzision eines appendizitischen Abszesses später die Entfernung des Wurmfortsatzes anschließen, daß Rezidivattacken nach Abszeßinzisionen gar nicht sehr häufig sind (nur 17%), und daß in diesen Fällen die Entfernung des Wurmfortsatzes oft außerordentlich schwierig ist. An Komplikationen, die sich im Heilungsverlauf nach der Operation einstellen, hebt er speziell die Lungen- und Brustfellentzündungen, die Thrombose der Vena femoralis (und zwar ist es fast stets die linke, wofür eine Erklärung bis jetzt fehlt) und die in ihrer Prognose sehr infauste Pylephlebitis hervor. — (Brit. med. Journal Nr. 2305, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Zur konservativen Behandlung der Appendizitis. Von A. C. Bernays.

Sicher ist es bemerkenswert, wenn von Amerika aus, von wo ja die Hochflut der Appendizitisoperationen ihren Ursprung nahm, Stimmen laut werden, die dem Chirurgen raten, nicht bei jeder Wurmfortsatzerkrankung sofort zum Messer zu greifen, und zwar um so bemerkenswerter, wenn es sich, wie beim Vf., um einen Chirurgen handelt, der selbst über ein Material von 1700 Appendizitisoperationen verfügt. Vf. betont, daß die „Peritiphlitophobie" außerordentlich um sich gegriffen hat und daß sicher heutzutage eine

große Zahl gesunder Appendices entfernt werden. Allerdings hält er auch dafür, daß im Anfang des akuten Anfalles (d. h. binnen 48 Stunden) operiert werden soll, falls der Chirurg rechtzeitig den Fall sieht. In den Fällen, die bereits länger bestehen, ist aber der Prozeß meist doch nicht mehr auf den Wurmfortsatz beschränkt, und die mehr oder weniger lokale Peritonitis ist seiner Erfahrung nach viel besser mit leichten Abführmitteln und Klistieren als mit der beliebten Opiummethode zu behandeln. Daß er bei dieser Kur nur leichte und mittelschwere Fälle im Auge hat, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Die Annahme, daß durch die infolge von Abführmitteln vermehrte Darmperistaltik abgekapselte Abszesse gesprengt werden, ist seiner Erfahrung nach nur eine imaginäre. Er glaubt, daß durch diese Behandlung viele Intervalloperationen überflüssig werden. — (The med. News Nr. 8, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Ueber das Auftreten von Appendizitis bei Erythema exsudativum multiforme. Von Dr. Chenoweth.

Bekanntermaßen sind Zirkulationsstörungen in den verschiedensten Organen im Verlauf des Erythema multiforme sehr häufig und machen sich durch mehr oder minder reichliche Blutungen (Hämaturie, Hämatemesis etc.), begleitet von heftigen Schmerzen, kenntlich. Vf. betont, daß gar nicht selten der Appendix auch von dieser Zirkulationsstörung mitergriffen wird, wozu ihn seine auf den anatomischen Verhältnissen beruhende mangelhafte Zirkulation (Endarterie) speziell disponiert. Es kommt hiebei zum typischen Anfall und bei der Operation findet man dann einen stark erigirten, tief dunkelroten, mit reichlichen Hämorrhagien versehenen Appendix. — (Medical News N. 9, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Erfahrungen über 1000 Operationen der Appendizitis. Von Hermann Kümmell in Hamburg.

In dem Streite, der immer noch um die Frage der Behandlung der Appendizitis auf Kongressen und in Zeitschriften ausgefochten wird, ist es von größtem Interesse, die Ansicht Vfs. zu hören, der auf Grund der führenden Rolle, die er seit 15 Jahren in dieser Frage spielt und seines so umfangreichen Materials, als einer der Berufensten erscheint, zu diesem Thema das Wort zu ergreifen. Er bespricht zunächst die Frage, ob die Appendizitis im letzten Dezennium bei uns häufiger geworden ist und warum, und glaubt auf Grund seiner Erfahrung annehmen zu müssen, daß die Vermehrung der Appendizitisoperationen nicht nur auf einer exakteren Diagnosestellung beruht, sondern daß auch die Krankheit in der Tat bei uns im Zunehmen begriffen ist. Hiefür kommt seines Erachtens speziell die infolge des verbesserten Volkswohlstandes vermehrte Fleischnahrung in Betracht, der er als wahrscheinliches ätiologisches Moment eine große Rolle zuweist. Sicheres läßt sich aber einstweilen darüber noch nicht sagen. Ein großer Teil der Appendizitiden tritt gewiß im Anschluß an eine Infektionskrankheit (Influenza, Angina etc.) auf, andere beruhen auf hereditärer Anlage.

Kümmell weist sodann darauf hin, wie schwer die Diagnose, ganz speziell wegen der häufigen Verlagerung des Schmerzes nach allen Körpergegenden hin, auch für den geübtesten Diagnostiker ist. Weit mehr Gewicht als auf die Temperatur legt er auf den Puls, dessen starke Beschleunigung immer zur höchsten Vorsicht mahnt.

Sein Material verteilt sich folgendermaßen: 1. Frühoperation im Anfall: 49 (6% Mortalität), 2. Operationen à froid: 695 ($^1/_2$% Mortalität), 3. abgekapselte Abszesse: 178 (10% Mortalität), 4. diffuse Peritonitis: 82 (89% Mortalität). — Bei Frauen ist die Appendizitis sehr häufig mit Adnexerkrankungen kombiniert, die Vf. in jedem Falle genau inspiziert und bei geringsten Veränderungen mitentfernt. Auf Grund mancher trauriger Erfahrung ist er dahingekommen, jede Appendizitis, abgesehen von den ganz leichten Formen, sofort zu operieren, wenn er sie in den ersten 48 Stunden zur Beobachtung bekommt, da unsere Diagnostik, wie viele Autopsien in vivo beweisen, noch eine

sehr mangelhafte ist. Kommt er später ans Krankenbett, so sucht er den Patienten nach Möglichkeit erst im Intervall zu operieren, und zwar, falls Exsudat vorhanden war, nicht vor 6—8 Wochen nach dessen Verschwinden. Er entfernt aber, im Gegensatz zu anderen Chirurgen, prinzipiell den Wurmfortsatz nach Ablauf der Appendizitis, und zwar am liebsten gleich nach dem ersten Anfall. Zum Schlusse stellt er folgende Leitsätze auf: 1. Jede ausgesprochene Appendizitis ist sofort zu operieren. Je früher die Operation ausgeführt wird, um so günstiger sind die Erfolge. — 2. Fälle, welche erst nach Ablauf von etwa 48 Stunden in Behandlung kommen, sind, falls nicht die Schwere der Erkrankung einen sofortigen Eingriff nötig macht, expektativ mit Opium, Eis etc. zu behandeln. Abführmittel sind unter allen Umständen zu vermeiden. — 3. Abszesse sind baldigst zu öffnen; der Appendix wird dabei nicht prinzipiell entfernt. Nach Heilung der Wunden wird die Radikaloperation in allen Fällen vorgenommen. — 4. Jeder Patient, welcher einen Anfall von Appendizitis überstanden hat, ist durch Entfernung des Wurmfortsatzes vor Rezidiven zu schützen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16 und 17, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Ein eigenartiger Fremdkörperbefund bei Appendizitis. Von Dr. Rebentisch in Offenbach a. M.

Bei einer 74jährigen Frau hatte sich vor fünf Jahren in der rechten Leistenbeuge eine Geschwulst entwickelt, die ihr im Anfange keine Beschwerden gemacht hatte, aber seit fünf Tagen schmerzhaft war; außerdem bestand Uebelkeit; kein Erbrechen, keine Retentio alvi. Es handelte sich um eine inkarzerierte Schenkelhernie. Bei der Operation fand man im Bruchsack den Wurmfortsatz, der neben jauchigem Eiter über 100 verschiedene Fremdkörper enthielt (Traubenkerne, Emailsplitter, Knochensplitter, Holzstückchen, Kieselsteine und gallensteinähnliche Gebilde); letztere, die laut chemischer Untersuchung kein Cholestearin und keinen Gallenfarbstoff enthielten, sind als Darmsteine anzusprechen. Die starken periappendizitischen und pericökalen Verwachsungen an der Bruchpforte hatten wahrscheinlich die Ansammlung dieser zahlreichen Fremdkörper begünstigt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Ueber die Beziehungen zwischen Kolitis und Appendizitis. Von C. B. Lockwood in London.

Es bricht sich in letzter Zeit immer mehr die Erkenntnis Bahn, daß bei vielen Fällen von Appendizitis der Entzündungsprozeß nicht nur auf den Wurmfortsatz beschränkt ist, sondern auch den ganzen Dickdarm mit ergreift. Vf. betont, daß einerseits von einer Appendizitis aus sich eine Kolitis entwickeln kann, daß aber auch anderseits die Kolitis oft das Primäre ist. Es ist ja leicht zu verstehen, daß bei Entzündungen des Appendix die Darmperistaltik Not leidet, und daß dann durch die Koprostase Entzündungen der Dickdarmschleimhaut hervorgerufen werden. Bei der oft außerordentlich schwierigen Differentialdiagnose zwischen Kolitis und Appendizitis sprechen für erstere folgende Momente: starke Schmerzhaftigkeit entlang dem ganzen Kolon, Palpation von Kotballen, Schleimabgang im Stuhl, Fehlen typischer Appendizitisattacken, kein Mc. Burney'scher Punkt. Ist die Diagnose auf Kolitis gestellt, so können durch Diät und konsequente Klistierbehandlung oft die ganzen Beschwerden zum Schwinden gebracht werden. Bestehen beide Krankheiten nebeneinander, so muß jede getrennt, die eine operativ, die andere medikamentös beseitigt werden. — (Brit. med. Journ. Nr. 2305, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Appendizitis und Schwangerschaft. Von G. Heaton.

Das bei weitem häufigere Vorkommen der Appendizitis beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht ist wahrscheinlich durch den engen Gefäßkonnex zwischen Wurmfortsatz und weiblichem Genitalapparat und die dadurch ermöglichte Ableitung leichter Entzündungsprozesse zu erklären. Dieser enge Konnex ist aber

anderseits eine große Gefahr, weil er zum Uebergreifen auf den Genitalapparat Veranlassung geben kann. Die Schwangerschaft ist stets als eine schwere Komplikation der Appendizitis anzusehen, speziell in den letzten Monaten, wo sie meist zum Abort führt und wo die dann entlasteten, klaffenden Gefäßgebiete des Uterus etc. eine rasche Ausbreitung des Entzündungsprozesses mit anschließender allgemeiner Peritonitis begünstigen; letztere kann auch durch bei der raschen Verkleinerung des Uterus zerrissene periappendizitische Adhäsionen erzeugt werden. Kommt es bei der Appendizitis zur Eiterbildung, so tritt die Unterbrechung der Schwangerschaft fast stets ein. Vf. rät daher, wenn irgend möglich, zur Frühoperation, die den normalen Schwangerschaftsverlauf meist nicht stört. Wenn während der Schwangerschaft Brechen mit Fieber auftritt, so muß man stets an Appendizitis denken. — Vf. macht dann noch auf den engen Konnex zwischen Appendizitiden und rechtsseitigen Adnexerkrankungen aufmerksam. Die Attacken treten meist kurz vor oder während der Menstruation auf, was sich aus der Kongestion der Adnexe während dieser Epoche erklärt. — (Brit. med. Journ. Nr. 2305, 1905.) Lewisohn, Heidelberg.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Frage der Händedesinfektion. Von Lauenstein.

Vf. empfiehlt, gestützt auf eine sechsjährige Erfahrung bei großem Material, die Ahlfeld'sche Heißwasser-Alkoholdesinfektionsmethode als bei weitem beste und verläßlichste. Als schlagenden Beweis für die Güte derselben führt er ein Erlebnis seines eigensten Ichs an. Gelegentlich einer Phlegmonenspaltung infizierte er sich, ohne es zu wissen, am linken Zeigefinger und operierte unmittelbar darauf eine Ileuskranke, wobei die Hände in den unmittelbarsten Kontakt mit dem Bauchhöhleninhalt gelangten. Die Ileusoperation verlief trotzdem ganz aseptisch. Vf. empfiehlt prinzipiell die Bürste nur ganz zuletzt anzuwenden, wenn das Waschwasser überhaupt nicht mehr trübe wird. Das Hauptgewicht für die nachfolgende Alkoholbehandlung ist auf das vorausgehende Einseifen und Einweichen der Hände ohne mechanisch einwirkende Prozeduren zu legen. Vf. betont, daß auch dem ganzen übrigen Körper sowie der Bekleidung bei der Vorbereitung zur Operation die entsprechende Berücksichtigung zuteil werden muß. Namentlich der Kopf. Einen großen Wert legt Vf. auf die häufige Erneuerung des warmen Wassers oder, was noch besser ist, die Verwendung von fließendem Wasser. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1903.)

Königstein.

Ueber die Gefährlichkeit der Tavel'schen Kochsalz-Sodalösung bei subkutaner Anwendung. Von Baisch.

Vf. bespricht die Erfahrungen, welche an der Tübinger Frauenklinik bei subkutaner Anwendung von der von Tavel angegebenen Salz-Sodalösung gemacht wurden und bezeichnet dieselben als durchaus ungünstig. Die Tavel'sche Lösung besteht aus 7·5 g Kochsalz und 2·5 g kalzinierter Soda auf 1000 cm³ Wasser. Diese Lösung wurde von Tavel zur Sterilisation, Infusion und Transfusion empfohlen, ausgehend von den Untersuchungen Fodors, der in der Alkaleszenz des Blutes dessen bakterizide Kraft suchte und in der Steigerung der Alkaleszenz, besonders nach Resorption von Natriumkarbonat, diese bakterizide Eigenschaft zunehmen sah. Nach Tavel sollte sich seine Lösung dadurch auszeichnen, daß sie die Gewebe in keinerlei Weise schädige, die Bakterien in ihrer Entwicklung nicht bloß hemme, sondern abtöte und, intravenös, subkutan oder intraperitoneal angewendet, keinerlei Nachteil erzeuge. Diesen Angaben Tavels stehen die Erfahrungen an der Tübinger Frauenklinik diametral gegenüber, indem wenige Tage nach stattgehabter Transfusion Gangrän der Haut auftrat, die durch Unterminierung fortschreitet, zu eitriger Einschmelzung neigt und nur geringen Heiltrieb besitzt, so daß es zu schweren Schädigungen und langem Krankenlager kam, in einzelnen Fällen sogar der Tod eintrat. Vf. ging daran, in

exakter Weise die deletäre Wirkung der Tavel'schen Lösung zu ergründen und kam nach sorgfältiger Ausschaltung aller etwaigen Fehlerquellen der Asepsis und gleichzeitigen Kontrollversuchen mit physiologischer Kochsalzlösung, die durchwegs günstige Resultate ergaben, zu dem Schlusse, daß die deletäre Wirkung der Tavel'schen Lösung in ihrem chemischen Verhalten zu den zelligen Elementen zu suchen sei. Die alkalische Lösung hat eine auflösende, mithin zerstörende Wirkung auf die Gewebszellen und bringt sie, besonders die des subkutanen Bindegewebes, zum Absterben oder vollständigen Verschwinden. Die Ueberfüllung eines Gewebes mit Kohlensäure oder kohlensauren Salzen infolge vermehrter Zufuhr oder behinderter Abfuhr muß Tod, Gangrän, Nekrose zur Folge haben und dies umsomehr, als es dem Stoffwechsel der Gewebe zuwiderläuft. Mithin warnt Vf. vor dem Gebrauch der Tavel'schen Lösung, indem sie nicht die Fähigkeit besitzt, Infektionskeime zu töten, ohne dem organischen Gewebe schweren Schaden zuzufügen. — (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 35, 1903.) Königstein.

Untersuchungen über die Wirkung des Sublamins (Quecksilbersulfatäthylendiamin) als Desinfektionsmittel. Von Blumberg.

Vf. hat über obiges Desinfektionsmittel einschlägige Versuche angestellt und kommt auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen: 1. Das Sublamin steht dem besten bekannten Desinfektionsmittel, dem Sublimat, an Desinfektionskraft nicht nach. 2. Es irritiert selbst in den stärksten Konzentrationsgraden die Haut in keinerlei Weise und ist deshalb dem Sublimat vorzuziehen. 3. Es besitzt eine viel größere Tiefenwirkung als das Sublimat. 5. Es löst sich selbst in starker Konzentration sofort in Wasser. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37, 1903.)

Königstein.

Die Kolpeuryse bei Incarceratio uteri gravidi retroflexi. Von Albert.

Vf. bringt die Krankengeschichte von fünf Fällen, bei welchen er mit der Kolpeuryse seinen Zweck erreichte. Auf Grund dieser Erfahrungen ist Vf. der Ansicht, daß immer zuerst die Kolpeuryse versucht werden soll, ehe man zu manuellen Repositionsversuchen schreitet. Letztere bergen mannigfache Gefahren in sich, so Quetschungen des Uterus mit nachfolgender Plazentarlösung, eventuell auch Abort mit Exitus letalis. Ebenso ist das instrumentelle Herabziehen der Portio in prognostischer Beziehung nicht einwandfrei. Vf. geht auf folgende Weise vor. Zunächst wird Harnblase und Rektum entleert, dann wird der gewöhnliche Gummikolpeurynter langsam in die Scheide eingeführt, so daß er zwischen Uterus und Beckenboden zu liegen kommt. Hierauf werden zunächst 300 cm³ Wasser eingespritzt und, wenn diese Quantität nicht genügt, weitere 300 cm³ nachgefüllt. Eine größere Menge einzuspritzen, war Vf. bisher nicht genötigt. Die schwangere eingeklemmte Gebärmutter wird durch den angefüllten Kolpeurynter in seiner ganzen Ausdehnung gefaßt und wie auf einem Wasserkissen sanft in die Höhe gehoben. Vf. widerrät das von Müller vorgeschlagene Einlegen des Kolpeurynters in das Rektum, ebenso ist er der Ansicht, daß die von Funke empfohlene Füllung mit Quecksilber wegen der Möglichkeit zu schneller Scheidenerweiterung nicht ganz ungefährlich sei. Vf. gibt keine genaueren Daten, wie lange der Kolpeurynter liegen gelassen werden soll. In einem der vom Vf. gebrachten Fälle war der Uterus bereits nach zwei Stunden herausgehoben. — — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 12, 1903.) Königstein.

Ueber die Verwendung des Kautschukballons in der Geburtshilfe. Von W. Rubeška.

Vf. hatte Gelegenheit, seit dem Jahre 1893 in zahlreichen Fällen die Hystreuryse anzuwenden und teilt in vorliegender Arbeit seine diesbezüglichen Erfahrungen mit der Methode mit. Er zog sie in Anwendung: 1. Zur Einleitung und Beschleunigung des Abortus. Schon vom dritten Monate angefangen, wurde der Intrauterinballon mit promptem Erfolge appliziert. Unter Umständen empfiehlt es sich, früher Laminaria einzulegen. Vf. bezeich-

net die Hystreuryse als sicherste Methode zur Einleitung der Fehlgeburt. 2. Zur Einleitung der Frühgeburt. Die Methode erweist sich wirksamer als die anderen. Gewöhnlich stellen sich nach 1—6 Stunden Wehen ein. Bei 65 Fällen von engem Becken wurde mittels der Metreuryse die Frühgeburt eingeleitet. Im Durchschnitt betrug die Geburtsdauer 30·7 Stunden, während dieselbe bei der Methode von Krause im Durchschnitt 59 Stunden ergab. Auch hier ist man gelegentlich genötigt, vorher mit Laminaria zu erweitern. Auf einen Nachteil der Metreuryse bei engem Becken macht Vf. besonders aufmerksam. Es kann nämlich durch das Zurückdrängen des vorliegenden Kindesteiles durch den Ballon zu einem Nabelschnurvorfall kommen. 60% der Kinder, welche als Frühgeburten durch Metreuryse erzielt wurden, verließen gesund die Anstalt, 12·3% kamen tot zur Welt. Der Rest starb kurz nach der Geburt. 3. Bei vorzeitigem Blasensprung als Ersatz für die Blase. In dieser Eigenschaft wurde der Ballon 65mal in Verwendung gezogen, darunter 51mal bei engem Becken. Durchschnittlich 8½ Stunden nach Einlegen des Ballons war die Geburt beendet. 4. Zur Anregung von Wehen bei Wehenschwäche. In der ersten Geburtsperiode ist die Hystreuryse das einzig sicher wirkende Mittel. Im allgemeinen war der Erfolg ein in die Augen springender. 5. Zur Erweiterung der Zervix und des Muttermundes behufs Beschleunigung der Geburt bei drohender Gefahr für Mutter und Kind. Durch Zug kann hier die Wirksamkeit des Ballons noch verstärkt werden. Bei Blutungen und eklamptischen Anfällen erweist sich diese Methode als unschätzbar. An der Hand einer großen Reihe beigegebener Geburtsgeschichten werden die einzelnen eben aufgezählten Punkte erläutert. Schließlich kommt Vf. auf die primäre vaginale Anwendung des Braun'schen Kolpeurynters zu sprechen und hält dieselbe in zwei Fällen indiziert: 1. Wenn Blutung bei engem Becken und stehender Blase auftritt und das Kollum nicht einmal für einen Finger durchgängig ist. 2. Zur allmählichen Erweiterung einer engen Scheide als Vorbereitung zur Geburt. Die vom Vf. genau beschriebene Technik der Methode weicht nirgends von der allgemein gebräuchlichen ab. Die in Anwendung gezogenen Modelle gehören verschiedenen Systemen an. Zum Schlusse erklärt der Vf. die Metreuryse für eine der segensreichsten Errungenschaften der praktischen Geburtshilfe und empfiehlt sie aufs dringendste auch für die Praxis außerhalb der Klinik. — (Wien. med. Presse Nr. 2—8, 1903.) Königstein.

Urologie.

Die Funktion der Nierenkapsel. Von J. Levin.

Die neue Behandlung von Nierenkolikschmerzen mit Decapsulatio renis, dieselbe Therapie bei Hämaturie und Albuminurie und die guten Resultate in der chirurgischen Behandlung der Bright'schen Krankheit machten ein besonderes Studium der Funktionen der Nierenkapsel notwendig. Die fibrösen Bedeckungen der Leber, Milz, des Pankreas und aller anderen parenchymatösen Organe zeigen im Vergleiche zu denen der Niere folgende hauptsächliche Unterschiede: Während die ersteren als eine dünne und eng anliegende Umhüllung einen integrierenren Bestandteil des Organs bilden, ist die Nierenkapsel eine leicht abziehbare, aber dabei viel massigere Umhüllung des Organs. Schon aus diesem Umstande zieht Vf. den Schluß, daß die Nierenkapsel eine höhere Funktion hat, als die Umhüllung anderer parenchymatöser Organe. Durch die onkometrische Untersuchungsmethode, welche die geringsten Veränderungen in der Größe der Niere verzeichnet, suchte Vf. den Einfluß der Kapsel auf die Niere zu entdecken. Er verwendete zwei verschiedene Faktoren, um eine Schrumpfung der Niere zu erzeugen: Adrenalin, welches unter gleichzeitiger Erhöhung des allgemeinen Blutdruckes die Nierengefäße aktiv zusammenzieht, und zweitens Reizung des Nervus vagus, welche eine geringere Blutversorgung der Nieren durch Abschwächung der Herzaktion verursacht. 24 oder 48 Stunden nach der Dekapsulation der Niere eines Hundes

schrieb der Autor onkometrische Kurven von der normalen Niere und der unter dem Einfluß von Adrenalin oder Vagusreizung stehenden. Durch Vergleich dieser Kurven mit den von der nicht operierten Niere stammenden fand er, daß in der letzteren unmittelbar nach der Injektion oder Reizung die Kurve fällt, sich in einer gewissen Höhe hält, immer aber Pulsationen zeigt und endlich zur normalen Höhe zurückgeht. In der dekapsulierten Niere fällt die Kurve ebenfalls unmittelbar nach der Injektion, bleibt dann für einige Zeit in einer entsprechenden Tiefe, wobei keine Spur von Pulsation zu sehen ist, und steigt dann auf das Normale, allerdings viel später als der Karotidenblutdruck zur Norm zurückgekehrt ist. Aus diesen Versuchen zieht Vf. folgende Schlüsse:

Jeder Reiz, welcher entweder durch Steigerung des allgemeinen Blutdruckes oder durch Abschwächung der Herzaktion die Größe der Niere vermindert, macht einen viel größeren Einfluß auf die dekapsulierte Niere als auf eine normale, und dieser Einfluß dauert auch viel länger. Die Kapsel wirkt hiebei wie eine elastische Hülle. Einerseits verhütet sie eine plötzliche Blutüberfüllung der Niere, anderseits erlaubt sie der Niere nicht, für längere Zeit kontrahiert und blutleer zu sein. — (American Journal of Physiology, 4. Nov. 1904.) V. Blum.

Nephrektomie wegen Karzinom. Von Gregoire.

Der Vf. bespricht in diesem Vortrage die Häufigkeit und Schnelligkeit in der Entwicklung von Karzinomrezidiven nach Nephrektomien. Drei Gesichtspunkte sind in dieser Hinsicht von größter Bedeutung: 1. Die Drüsen. Bei der Operation kommt man mit diesen wegen ihrer tiefen und versteckten Lage nur selten in Kollision. 2. Die Fettkapsel. Die Mehrzahl der Chirurgen ist gewöhnt, die Niere von ihrer Fettkapsel zu isolieren und dieselbe in situ zu belassen. Doch ist dieselbe häufig der Sitz von kleinen Geschwülstchen, weshalb Albarran, Israel und Hartmann auf der totalen Exstirpation der Kapsel bestehen. 3. Die Nebennieren. Wie Dickinson zeigte, ist auch diese häufig der Sitz kleiner karzinomatöser Depots, weshalb auch die Nebenniere mit exstirpiert werden soll.

Die ideale Operation wäre also neben der Exstirpation der Niere die Entfernung der regionären Lymphdrüsen, der Fettkapsel und der Nebenniere.

Im Anschlusse an diese Auseinandersetzungen beschreibt Gregoire ausführlich die Technik der lumbaren und transperitonealen, radikalen Nephrektomie, welche von ihm in zwei Fällen mit zufriedenstellendem Erfolge ausgeführt wurde. — (La Presse médicale, 25. Jänner 1905.) V. Blum.

Die Behandlung der Wanderniere. Von Treves.

Die Wanderniere wurde von den Chirurgen der früheren Zeit vielfach unberücksichtigt gelassen. Erst in den allerletzten Jahren wandte man seine Aufmerksamkeit dieser wichtigen Erkrankung zu. Die Nieren werden normalerweise durch die Faszien und das Fettgewebe, durch den intraabdominellen Druck und endlich durch die großen Gefäße der Niere in ihrer Lage erhalten. Das Hauptgewicht liegt also in der Konfiguration der lumbaren Höhlen, in denen die Nieren liegen. In der perirenalen Faszie sind derbe Faserzüge, die von der hinteren Bauchwand zur fibrösen Nierenkapsel ziehen. Auch diese Faserzüge haben nach des Autors Meinung großen Anteil an der Fixation der Niere. Die normalen Organe stehen unter dem Einfluß der respiratorischen Verschieblichkeit, doch gilt dies namentlich von der rechten Niere, während die linke bei ihrer versteckten Lage häufig keinerlei Verschieblichkeit zeigt. Die Wanderniere kommt am häufigsten bei Frauen mit schlecht entwickelter Muskulatur, schlaffem Gewebe und schlaffen Bauchwänden vor; am häufigsten bei Frauen, die öfters entbunden haben oder solchen, die in rapider Weise

ihr abdominelles Fett verloren haben. Auch Traumen spielen in der Aetiologie der Wanderniere eine große Rolle. Bei der Untersuchung derartiger Kranker kommt in erster Linie die aufrechte Körperstellung in Betracht. Die Wanderniere kann der Sitz von Hydronephrose werden, sie kann durch Adhäsionen in abnormer Lage fixiert werden, kann an Lithiasis, Tuberkulose oder malignen Geschwülsten erkranken.

Am leichtesten kann man die Wanderniere mit Schnürlappen der Leber, vergrößerter Gallenblase und Anhäufung von Fäkalmassen im Kolon verwechseln. Nach Vfs. Erfahrung ist eine zweifelhafte Geschwulst in der rechten Seite häufiger eine Gallenblase als eine bewegliche Niere.

Die Symptome sind ungeheuer variabel. Am charakteristischesten ist die „Torsion" der Niere, mit Kolik, Hämaturie etc. Viele Fälle verlaufen mit den ganz vagen Beschwerden einer Neurasthenie.

Was die Behandlung anlangt, so kam Vf. zu der Meinung, daß die Nephrorrhaphie keineswegs die beste Behandlungsweise ist. Nur in den äußerst stürmischen Fällen von Torsion der Niere ist die Operation angezeigt. In allen anderen Fällen ist ruhige Lage bei sorgfältigster Ernährung und Massage das wichtigste in der Behandlung. Die sogenannten „Ruhekuren" befreien die Kranken nicht von ihrer Wanderniere, wohl aber von ihren Beschwerden. Seit dem Jahre 1895 hat Vf. die Operation nur mehr in Fällen von Torsion ausgeführt, während er mit den Ruhekuren und einer durch ein bis anderthalb Jahre sorgfältig durchgeführten allgemeinen Therapie stets die besten Resultate hatte. — (Practitioner, Jänner 1905.) V. Blum.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber Rektalgonorrhöe bei Vulvovaginitis infantum. Von K. Flügel.

Durch die Untersuchungen von Baer, Jullien und Huber wurde festgestellt, daß die Rektalgonorrhöe eine viel häufigere Begleiterscheinung der weiblichen Gonorrhöe darstellt, als gemeinhin angenommen wird, da diese Autoren sie in 25—30 Fällen von hundert nachweisen konnten. Auch bei Kindern ist dieser Prozentsatz nicht viel weniger hoch, indem der Autor bei Durchsicht der an der Abteilung K. Herxheimers in Frankfurt vom Jahre 1896 gesammelten 56 Fälle elfmal, also in 20%, Gonorrhöe des Rektums verzeichnen konnte.

Kommen bei Erwachsenen neben Ueberlaufen gonokokkenhaltigen Sekretes aus der Vagina über den Damm ins Rektum auch Infektionen durch verunreinigte Instrumente, Durchbruch von gonokokkenhaltigen Abszessen der Adnexe und insbesondere auch der Coitus per anum in Betracht, so ist bei Kindern bloß auf das erste Moment Rücksicht zu nehmen. Es ist weiters nicht unwichtig, daß die Rektalgonorrhöen sich keineswegs immer durch die bekannten Beschwerden beim Stuhlabsetzen, sowie durch reichlichen Eiter- und Blutabgang merklich machen müssen, sie fehlen oft gänzlich, und auch äußerlich gibt sich der Prozeß durch keine sichtbare Veränderung kund, während das mit der Oese dem Rektum entnommene Sekret doch einen positiven Befund darbietet.

Die Behandlung bestand in Anwendung von Zäpfchen (0·01 Argent. nitric. oder Albargin oder 1·0 Ichthyol) oder auch in Spülungen mit Argentum nitricum 1·0:3000. Im allgemeinen schildert der Autor den Verlauf der Rektalgonorrhöe viel günstiger, als es die Erfahrungen an Erwachsenen erwarten ließen, die Gonokokken schwinden ziemlich rasch aus dem Sekret, um in einzelnen Fällen allerdings wiederzukehren, schließlich aber der fortgesetzten Behandlung doch zu weichen. In allen Fällen aber sei das Sekret des Rektums früher gonokokkenfrei geworden, als das der Urethra und Vagina. Sicherlich sei in dieser Beziehung auf die viel ungünstigeren Bedingungen hinzuweisen, welche die Rektalschleimhaut für das Gedeihen der Gonokokken darbiete. Auch habe schon Huber nachgewiesen, daß der gonorrhoische Prozeß hier nur die oberflächlichen Schleimhautschichten ergreife, demnach einer Einwirkung der Medikamente viel leichter zugänglich sei.

In allen Fällen von Vulvovaginitis der Kinder wird aber immer auf das Vorhandensein einer Rektalgonorrhöe zu achten sein. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12, 1905.) D.

Ueber Quecksilberwirkung. Von E. v. Düring.

Die bis jetzt vorliegenden Erklärungsversuche für die Wirkungsweise des Quecksilbers konnten nicht befriedigen; sie als antiparasitär aufzufassen, wie es wohl meist geschieht, ist bei der enormen Verdünnung, die das Mittel im Körper erfahren muß, nicht statthaft, da sicherlich eine Desinfektionswirkung ausgeschlossen ist. Dagegen hat, was bisnun nicht genügend Berücksichtigung fand, Schulz nachgewiesen, daß Sublimat in entsprechender Verdünnung ein energieauslösendes Mittel ist. Dieselbe Substanz, die in 1%iger oder $^1/_{10}$%iger Lösung niedrige Organismen tierischer oder pflanzlicher Art vernichtet, also beispielsweise Hefezellen tötet, vermag in der Verdünnung von 1:700.000 die Kohlensäureproduktion zu einer ganz exzessiven Höhe zu steigern. Bei der gewöhnlich zur Injektionskur verwendeten Sublimatmenge wäre nun tatsächlich die Verdünnung eine solche, daß sie dem Schulz'schen Versuche entspräche, und Schulz sucht auch, darauf gestützt, die Quecksilberwirkung auf den Organimus als solchen schwachen Reiz hinzustellen.

Auch Schade kommt, wenn auch auf ganz anderem Wege, zu ähnlichen Anschauungen; nach seiner Ansicht ist die Wirkung des Quecksilbers auf das Gewebe eine katalytische, die Ursache der Katalyse ist eine elektrische Kraftwirkung (Katalyse nach Ostwald definiert als Beschleunigung eines langsam verlaufenden chemischen Vorganges durch Gegenwart eines fremden Stoffes). Den Ausgangspunkt Schades bildete die der neuen industriellen Chemie gelungene Synthese des Indigo auf Grund einer neuentdeckten Katalyse mittels Quecksilbers. Die Untersuchungen und Versuche Schades ergaben, daß Quecksilber, Platin, Gold, Silber, Eisen, Mangan, Kupfer und Aluminium als Sauerstoffüberträger im Sinne der Katalyse eine Blaufärbung der mit Terpentin zusammengebrachten Guajaktinktur bewirken. Durch weitere Versuche weiß er darzutun, daß diese katalytische Kraft der genannten Metalle nicht etwa eine Folge von Stoffverdichtung an der Oberfläche oder etwaiger Verunreinigung, sondern Wirkung der Elektrizität ist. Die verwendeten Stoffe (Terpentin und Guajak) einerseits Sauerstoffträger, anderseits Sauerstoffakzeptoren, zeigen nämlich das gerade gegensätzliche elektrische Verhalten, die einen laden sich bei Metallkontakt negativ, die anderen positiv.

Was für Schlüsse sind nun bezüglich der Wirkung des Quecksilbers im menschlichen Körper gestattet? Vorderhand bloß der, es bilde die (durch katalytische Eigenschaft) den Stoffumsatz fördernde Kraft des Quecksilbers den Gewebsreiz, der nötig ist, um die durch das Syphilisvirus gesetzte Schädigung auszugleichen. Wenn nun tatsächlich schon so geringe Quecksilbermengen Wirkungen ausüben, wie sie beim Tragen des Merkolintschurzes oder gar beim bloßen Aufhängen eines mit Quecksilber bedeckten Tuches im Zimmer abgegeben werden, so liege hiefür die Erklärung gerade darin, daß die Energiebeschleunigung von der Katalysatormenge unabhängig ist. Es ist nicht uninteressant, daß Schade auch für Jodkali und andere Jodverbindungen eine im Effekt dem Quecksilber analoge Kraft feststellen konnte. Jedenfalls versprechen diese Versuche, wenn sie von den Chemikern Nachprüfung und Bestätigung gefunden haben werden, recht wichtige Aufschlüsse für das Verständnis der Quecksilberwirkung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1905.) D.

Dermatologie.

Zur Behandlung des Lupus. Von Dr. Dreuw.

Die Lupusinfiltrate werden gründlich vereist und dann in noch vereistem Zustande mit einem in Acid. hydrochlor. crud. getauchten Wattebausch unter Druck abgerieben, bis Schmerz entsteht. An den nodulären Vorsprüngen ent-

wickeln sich weiße Schorfe. Wenn der Schmerz brennend wird, muß neuerlich vereist werden. Die gesunde Umgebung wird bei dieser Aetzung nur wenig verändert. Die an vier Kranken erzielten Resultate waren sehr befriedigend. Intoxikationserscheinungen sollen selbst bei der Behandlung ausgedehnter Flächen nicht auftreten. — (Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. 37.) N.

Ueber Arznei-Ausschläge.

Mit dem Zuwachs der chemischen Präparate, welche teils der internen Medizin dienen sollen, teils in der perkutanen Applikation mehr gegen lokale, krankhafte Veränderungen herangezogen werden, hat sich auch die Zahl der dermalen Reiz- und Entzündungsprozesse toxischer Provenienz um ein Beträchtliches vermehrt. Unter den irritierend wirkenden Medikamenten stehen in dieser Hinsicht die neueren, antipyrinähnlichen obenan. So verfügt die einschlägige Literatur über zahlreiche Exempel und die Fachleute über ein ansehnliches Testmaterial, welche insgesamt die schädigende Nebenwirkung des Salipyrins auf die allgemeine Decke dartun. Uns selbst ist das figurierte Erythem mit dem Sitze an Händen, Füßen und Gesicht, nach Verabreichung geringer Dosen dieses Medikaments dreimal zu Gesicht gekommen. In einem vierten Falle hatten wir nach $^1/_2$ g Salipyrin eine eigenartige, die klinische Agnoszierung erschwerende Form des Ausschlages zu verzeichnen, die bei einem 50jährigen Manne ausschließlich an das Genitale gebunden war. Das Penisintegument diffus gerötet, geschwellt, kleienförmig abschilfernd, das Präputium semiphimotisch. Bei Reposition der Vorhaut erwies sich die Eichel und innere Lamelle in bogenförmigen Segmenten exfoliiert, gerötet und stark nässend. Die abgelöste Oberhaut haftete in losen, zackigen Fetzen an den Säumen. (Ref.) Die provokatorische Einwirkung des Salipyrins hat vor einiger Zeit auch Dittmar (Deutsche med. Wochenschr., 1904) in einem exzessiven, mit Urtikaria einhergehenden Falle von Erythema universale verfolgen können, das nach Verabreichung von 1 g entstanden war; bei der Abheilung trat keine Desquamation ein. Die gelegentlich unangenehme Nebenwirkung des neuerdings als Antirheumatikum empfohlenen Präparats Mesotan auf die Haut haben Berliner, Sack und andere beobachtet. Die perkutan applizierte ölige Substanz rief heftiges Jucken und papulöses Ekzem hervor. In einem Falle Sacks (Monatsh. für prakt. Derm., Bd. 38) hatte die erste Mesotaneinreibung eine heftige vesikulös-papulöse Dermatitis zur Folge, die sich von den eingeriebenen Handgelenken auf den Vorderarm, Hals und Brust ausbreitete. Heilung in drei Wochen mit für längere Zeit noch zurückbleibendem labilen Reizzustand der befallenen Hautpartien. Die Wirkung dieses Methyl-osy-methylesters der Salizylsäure möchte Pollitzer gleichwie das Zustandekommen der Aspirinexantheme auf eine Aufsaugung des Mittels in die Blutbahn und von hier aus geäußerte vasomotorische Reizung zurückführen. (The Journ. of Cut. dis., XXI.)

Die exsudative Reizwirkung des Antipyrins hat jüngst noch Löbel in der Gesellschaft für innere Medizin (Wien, März 1905) an einem Manne zu demonstrieren Gelegenheit gefunden, bei welchem minimale Dosen des Medikaments zu schweren, exfoliierenden, in ihrer Natur lange verkannten Attacken einer Stomatitis geführt hatten.

Eine reiche Auslese jener Toxikodermien, die auf den Gebrauch der neueren, der Kosmetik und Therapie dienenden chemischen Verbindungen zurückzuführen sind, hat J. C. White der 27. Jahresversammlung der amerikanischen Derm.-Ges. vorgeführt. (The Journ. of Cut. dis., XXI.) In dieser Zusammenstellung werden gewisse neuere Haarfärbemittel als schädlich hingestellt. Diese Behauptung ist eine ungerechtfertigte Verallgemeinerung hie und da bei unzweckmäßiger Anwendung der Präparate gewonnener ungünstiger Erfahrungen. Insbesondere die dem Aureol, das zusammen mit $H^2 O^2$ dunkelbraun färbend wirkt, nachgesagte reizende, zu Pustelbildung führende Nebenwirkung können wir an der Hand jahrelanger Verwertung

des Mittels als nicht zutreffend hinstellen. Als gelegentliche Irritantia können mehr nach der literarischen Zusammenstellung, als nach der eigenen Erfahrung Whites Salol, Pyoktanin, Kreolin, Jodvasogen, Kreosin u. a. angeführt werden. N.

Ueber Aetiologie und Pathogenese des Erythema nodosum. Von Dr. E. Hoffmann.

Die aus dem Formenkreis des Erythema exsudativum multiforme endgiltig ausgeschiedene Gruppe der knotigen Erytheme trachtet Vf. ihrer Abstammung nach in drei Klassen unterzubringen. Es wären demnach die idiopathischen von den symptomatischen und toxischen Formen zu trennen. In die Art der letztgenannten Erkrankungen würden die im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten (Gelenksrheumatismus, Masern, Scharlach, Typhus, Blennorrhöe etc.) und chronischen Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis) auftretenden nodösen Erytheme gehören. Daß es sich bei allen Varietäten um echte entzündliche, bis tief ins subkutane Gewebe reichende Prozesse handelt, haben alle neueren Untersuchungen, an welchen auch Vf. beteiligt ist, erwiesen. Das bei Syphilis auftretende symptomatische Erythema nodosum hat Vf. auf eine spezifische Wandentzündung subkutaner Venen zurückzuführen vermocht. Anderseits haben sich auch bei der idiopathischen Form Anhaltspunkte dafür gewinnen lassen, daß es sich auch hier um akute metastatische Entzündungen der tiefen, subkutanen Venen handeln dürfte, wobei infizierte Thromben die Vermittler der Entzündung sind. So hat Vf. in einem Falle frischer Knotenbildung, staphylokokkenähnliche Mikroorganismen tinktoriell nachgewiesen, ein anderes Mal einen für Kaninchen nicht pathogenen Staphylococcus albus gezüchtet. — (Deutsche med. Wochensch., Nr. 50, 1904.) N.

Kinderheilkunde.

Ein Beitrag zur Therapie der Skrofulose. Von Dr. Salzborn in Bockfließ.

Ein Mädchen von 15 Jahren, das nach der Beschreibung offenbar an multipler Knochentuberkulose litt (Vf. spricht nur von Skrofulose), war mehrmals vergeblich operiert worden, auch eine Kur im Bad Hall war ohne Erfolg: die Operationswunden heilten nicht, neue Herde traten auf und Patientin kam immer mehr herunter. Endlich trat durch folgende interne und Salbenbehandlung eine auffallende Besserung ein: Patientin erhielt in mehrmaligem Turnus dreimal täglich 5—20—5 Tropfen von Sol. Fowleri 3·9, Aq. font. 6·0, jeden Tag um einen Tropfen steigend. Daneben bekam sie hie und da dreimal täglich 0·1 Chinin. Die Drüsenschwellungen wurden mit Tct. jodi gepinselt (alle 1—3 Tage), die eiternden Wundgranulationen täglich früh 5 Minuten lang in lauwarmem Käspappelabsud gebadet und hierauf ein- bis zweimal täglich mit folgender Salbe verbunden: 40·0 Aq. calcis, 50·0 Ol. oliv. optim. werden zusammengeschüttelt, dazu 2·5 g einer Jodsalbe aus: Tct. jodi 1·0, Vaselini flav. 10·0; man schüttelt wieder, erwärmt gelinde, gießt noch 10·0 Ol. olivar. optim. hinzu und schüttelt wieder tüchtig und lange. Die Salbe soll höchstens für acht Tage bereitet werden. Vor dem Gebrauch ist sie zu schütteln. Vf. legt besonderen Wert auf den Kalkgehalt der Salbe. Auch in einem zweiten Falle wirkte die Salbenbehandlung günstig. — (Wien. med. Wochenschr., Nr. 8, 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Die Aetiologie der Eklampsie der Kinder. Von Dr. M. French.

Die Eklampsie der Kinder ist eine Neurose, keine organische Erkrankung. Man muß bei ihrer Entstehung unterscheiden: eine ererbte oder erworbene Prädisposition (Alkoholismus und Syphilis der Eltern, mangelhafte Ernährung mit der ihr folgenden Rachitis sind hier vor allem zu nennen) und eine unmittelbare, erregende Ursache. Freilich ist durchaus nicht immer eine prädisponierende An-

lage nötig. Die lateinischen Rassen scheinen eine besondere Neigung zur Eklampsie zu besitzen; daß Knaben mehr disponiert seien als Mädchen, kann Vf. nicht bestätigen. — Die erregenden Ursachen sind entweder direkte (symptomatische), d. h. solche, welche die Krampfzentren direkt angreifen, oder reflektorische. Das wichtigste direkte Stimulans ist die Toxämie, während Vf. die Rolle des Fiebers, das früher als erstes Moment galt, sehr einschränkt. Nicht alle Toxine wirken krampferregend, deshalb darf man nicht bei jeder toxischen Erkrankung Eklampsie erwarten. Chemische Gifte, wie Alkohol, oder wie sie bei Urämie, im diabetischen Koma und ähnlichen Stoffwechselerkrankungen gebildet werden, wirken auf gleiche Weise wie die Bakteriengifte. Ein direkter toxischer Reiz ist wohl auch schuld an den Konvulsionen bei Magen-Darmkatarrhen, während die Krämpfe, die nach Verschlingen zu voluminöser und unverdaulicher Masse auftreten, auf reflektorischem Wege entstehen. Auf letztere Weise sind auch die Krämpfe im Beginn der Poliomyelitis anterior zu erklären, ferner die durch peripheren Reiz hervorgerufenen: bei Phimose, Masturbation, Hautausschlägen, Testikel-Kompression, Urinverhaltung, Fremdkörpern im Ohr, Ohrschmerzen etc. An „Zahnkrämpfe" glaubt Vf. nicht, hier mag wohl eher die Rachitis mit ihrer Neigung zu Krämpfen anzuschuldigen sein. Krämpfe nach Brandwunden scheinen auf den ersten Blick reflektorischer Natur zu sein, aber vielleicht sind auch hier wieder direkt wirkende Toxine die Ursache. Konvulsionen nach Schreck, Schreien oder Keuchhustenanfällen sind durch direkten mechanischen Reiz infolge zerebraler Kongestion zu erklären. — (California state journ. of med., Febr. 1905.) Einstein, Stuttgart.

Verdauungsstörungen bei Kinder, hervorgerufen durch zu hohen Fettgehalt der Nahrung. Von Prof. Emmett-Holt in New-York.

Vf. bringt einige typische Fälle der sehr häufigen Digestionsstörungen durch zu hohe Fettprozente in der künstlichen Säuglingsnahrung. Die Kinder ertragen oft lange ohne Störung die Fettüberfütterung, nehmen dabei sogar rapid an Gewicht zu. Plötzlich tritt dann die Störung ein in Form von Dyspepsie, Fieber und schweren Konvulsionen, denen Tetanie und Laryngismus stridulus folgen können. Die Störung kann trotz aller therapeutischen Maßnahmen lange dauern. In einem Falle war eine Lebervergrößerung zu konstatieren (Fettleber?). Interessant ist, daß häufig schwere Obstipation die Folge dieser Fettüberfütterung ist, während doch gerade viele Aerzte irrtümlicherweise das Fett in der Nahrung erhöhen, um eine bestehende chronische Verstopfung zu überwinden. Die Stühle sind dann hart, trocken, grau und bestehen fast ganz aus unverdautem Fett. Herabsetzung des Fettes hebt die Verstopfung auf. In einem Falle entwickelte sich Rachitis, die bald verschwand, als eine fettärmere Nahrung gegeben wurde. Bei einem Kinde, das an habituellem Erbrechen litt, verschlimmerte sich der Zustand sehr, als ihm von seinem Arzte eine fettreiche Nahrung verordnet wurde, ein anderer Säugling bekam durch dieselbe Ernährung Ekzem, Obstipation und habituelles Erbrechen. In manchen Fällen ist die Störung keine so plötzliche; sie wird dann durch eine Periode von Appetitlosigkeit eingeleitet. Die Fähigkeit, Fett zu verdauen, ist nicht bei allen Kindern gleich, doch kann man sagen, daß durchschnittlich mehr als 4% Fett schädlich sind. (Die Kinder, von denen oben die Rede war, bekamen 5—7%.) Wer zuviel Fett gibt, wird zwar nicht sofort, aber um so sicherer später den Schaden sehen. Bei Eintritt von Magendarmstörung nach Fettüberfütterung muß der Fettgehalt noch unter die normalen 3—4% erniedrigt werden. — (The med. News, Nr. 1, 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Die Behandlung der akuten Formen der Gastroenteritis. Von E. Terrien. (Hôpitel des Enfants-Maladés.)

Die Behandlung besteht im akuten Stadium in wässeriger Diät (gekochtes Wasser, Tee), die bei Erbrechen in häu-



figen kleinen Mengen und eiskalt angewandt wird, ferner in Magenspülung — am besten mit Vichy-Wasser — Darmspülungen (nicht im Anfang der Enteritis follicularis!), Kalomel, beziehungsweise bei Enteritis follicularis Natriumsulfat und Ipekakuanha. Eine Limonade von 1 l Wasser mit 2—4 g Milchsäure und Sirup soll gärungswidrig wirken. Zu nennen sind noch heiße und Senfbäder, Kataplasmen auf den Leib und Kochsalzinfusionen, welch letztere Vf. jedoch nur in Mengen von 2 × 20 g täglich und nur kurze Zeit vornimmt. Im Stadium der Konvaleszenz (nach zirka zwei Tagen) gibt Vf. Muttermilch in kleinen, seltenen Dosen; bei Mangel an solcher empfiehlt sich am besten die von Mery angegebene Gemüsesuppe („bouillie au bouillon de légumes"): je 65 g Karotten und Kartoffeln und je 25 g Erbsen und Kohlrüben werden vier Stunden lang im verschlossenen Topfe mit 1 l Wasser gekocht, dazu kommen nach dem Kochen 5 g Salz auf 1 l der Brühe. Diese Bouillon wird täglich frisch hergestellt. Zu 100 g derselben fügt man einen Teelöffel Reiscreme und gibt davon dem Kind dreistündlich eine der früheren Milchnahrung entsprechende Menge. Einfache Schleimabkochungen, Milchverdünnungen oder Buttermilch können ebenfalls angewandt werden, Vf. hält aber am meisten von der Gemüsesuppe. Nach 6 bis 8 Tagen dieser Nahrung kann man gewöhnlich wieder vorsichtig mit der Milch beginnen, dabei hat sich dem Vf. die Backhaus-Milch Nr. 1 am besten bewährt. Allmählich geht man zu stärkeren Milchkonzentrationen über. Zur Erleichterung der Verdauung dienen in diesem Stadium Natriumbikarbonat, Natriumzitrat, Kalkwasser, Pepsin (Dyspepsin), die 5—10 Minuten vor den Mahlzeiten gegeben werden können. — (Journ. des Praticiens, Nr. 2, 1905.) Einstein, Stuttgart.

Die Ernährung bei den chronischen Gastroenteritiden der Säuglinge. Von E. Terrien. (Hôpitel des Enfants-Malades.)

Ist Frauenmilch vorhanden, so zögere man nicht, sie anzuwenden. Manchmal wird sie allerdings nur in geringen Mengen ertragen (kleine häufige Mahlzeiten oder gemischte Ernährung mit Zwischenschiebung von Gemüsesuppe oder Buttermilch), manchmal auch gar nicht. Verdünnte sterilisierte Milch wird hie und da vertragen; Vf. wählt hier am liebsten Backhaus-Milch Nr. 1 und geht allmählich zu höheren Milchkonzentrationen über, indem er die Wassermenge konstant läßt und den Milchzusatz nach und nach vergrößert. Bei ernsten Formen führt oft nur das Kohlehydratregime zu Erfolgen. Sein Wert liegt darin, daß es hindernd auf die Stickstoffäulnis im Darm und erhöhend auf die Stickstoffassimilation wirkt. Der Säugling ist imstande, Kohlehydrate viel früher, als man dachte, zu verdauen. Gemüsebouillon mit Mehl, Buttermilch und Malzsuppe sind in dieser Beziehung die besten Mittel. Die Gemüsesuppe genügt nur für kurze Zeit, sie wirkt infolge ihres hohen Salzgehaltes günstig auf die Wasserresorption im Körper. Die beiden anderen sind fettarme Nahrungen mit großem Zuckergehalt, die oft eine rapide Besserung bewirken. Die Rückkehr zum Milchregime (Backhaus-Milch Nr. 1, Kefir- oder einfach sterilisierte Milch) muß sehr vorsichtig geschehen. — (Journ. des Praticiens, Nr. 4, 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Zahnheilkunde.

Ueber Leitungsanästhesie mittels Adrenalin-Kokain im Ober- und Unterkiefer. Von O. Hübner.

Unter Leitungsanästhesie (in der Chirurgie seit 1886 eingeführt) versteht man die Ausschaltung der Leitungen größerer Nervenstämme durch die Injektion von Kokainlösungen. Vergegenwärtigt man sich die Anatomie der Nerven im Oberkiefer, die dort die Zähne versorgen, so ergibt sich, daß man an zwei Stellen injizieren muß, um die Leitungsfähigkeit der betreffenden Nerven auszuschalten. Erstens am Tuber maxillare über dem Weisheitszahn, wo die Rami alveol. sup. post. durch die Foram. alveol. in den Knochen ziehen. Man muß zweitens beim For. infraorbitum. injizieren — erfahrungsgemäß wirkt die



Kokainlösung auch eine gewisse Strecke zentripetal — um die Leitung in den vorderen oberen dentalen Nervenästen und im Plexus dentalis super. zu unterbrechen. Beim Unterkiefer haben wir ebenfalls zwei Stellen, an welchen injiziert werden muß. Der Nerv. alveol. infer. tritt am aufsteigenden Ast beim For. mandibulare in den Canalis mandibularis und innerviert die Molaren und II. Bicuspidaten, bevor er durch das Form. mentale den Nerv. mentalis abgibt. Sollen diese Zähne also unempfindlich gemacht werden, so muß man am For. mandibulare und am For. mentale gleichzeitig injizieren. Bei kleineren chirurgischen Eingriffen empfiehlt es sich, von Kombinationen der lokalen Injektion mit der Leitungsanästhesie reichlicher Gebrauch zu machen. Das hat den Vorteil, daß z. B. bei Zystenoperationen, Wurzelspitzenresektionen lokal nur eine geringe Menge der anästhesierenden Lösung zur Verwendung kommt und daher die kleinen Operationsfelder klarer vor uns liegen, als wenn dort die Gewebe mit größeren Flüssigkeitsmengen infiltriert sind. Auch bei Extraktionen von Zähnen wegen pulpitischer oder periostitischer Prozesse können Kombinationen mit Leitungsanästhesie sehr gute Dienste leisten.

Die Resultate sowohl für Dentinanästhesie, als auch für chirurgische kleine Eingriffe betragen bei Injektionen am Oberkiefer (halbe Erfolge als Mißerfolge mitgerechnet) 2—5%, bei Injektionen am Unterkiefer 20—25% Mißerfolge.

Zur Vermeidung von Intoxikationen durch Resorption der injizierten Flüssigkeit verwendet H. die Kälte. Um nämlich eine sofortige Kontraktion der Gefäße zu erzielen, damit die Gefahr einer Resorption zu vermindern und gleichzeitig die volle Wirkung des Kokains örtlich auszunützen, verwendet er die Wirkung der Kälte durch Verdunstung des Chloräthyls unmittelbar nach beendeter Injektion. — (Oest. Zeitschr. f. Stomatologie, Okt. 1904.) R. Kronfeld.

II. Diagnostik.

a) Oesophagus.

Diagnostik und Therapie der wichtigsten Speiseröhrenerkrankungen. Von G. Lotheißen.

Vf. gibt in einem Vortrage eine knappe Uebersicht über Pathologie und Therapie einiger praktisch wichtiger Oesophaguserkrankungen, so der Verletzungen, Fremdkörper, Strikturen, Dilatationen und Karzinome. Unter den Untersuchungsmethoden spielt nach Vf. die Oesophagoskopie eine hervorragende Rolle; er scheint dieselbe noch höher als die Sondierung einzuschätzen, so besonders zur Erkennung von Fissuren, Fremdkörpern, Dilatationen und beginnenden Karzinomen; bei schwierigen Strikturen kann die Oesophagoskopie nach Vf. nur Auskunft über die Beschaffenheit des Einganges der Verengerungen geben.

Der Röntgen-Durchleuchtung mißt Vf. nur zur Erkennung von Dilatationen (diffusen und Divertikeln) sowie zur Lokalisierung der Fremdkörper Wert bei. Die vielfach gebräuchlichen physikalischen Untersuchungsmethoden der diffusen Dilatationen und Divertikel wären der Erwähnung würdig gewesen.

Hinsichtlich der Therapie bekennt sich Vf. als eifriger Anhänger der Fremdkörperextraktion im Oesophagoskop (wie jeder, der mit dem letzteren umzugehen versteht). Fissuren behandelt er im Oesophagoskop mit $^1/_2$%iger Anästhesin-Adrenalinlösung, mit Lapislösung und Nux vomica.

Nach Verätzungen rät Vf., nicht vor 6—8 Wochen zu sondieren, wo eine Striktur der Sondierung hartnäckigen Widerstand leistet, oder wo Anzeichen von Periösophagitis auftreten, ist frühzeitig eine Gastrostomie anzulegen.

Das v. Hacker'sche Drainröhrenverfahren und die Ebstein'sche Dilatation im Oesophagoskop werden nicht erwähnt, dagegen schätzt auch Vf. die Sondierung ohne Ende bei engen Strikturen.

Von Thiosinamin und operativem Vorgehen bei Strikturen sah er wenig Erfolg. Bei diffusen Dilatationen mit Kardiospasmus hat Vf. als Erster Gastrostomie und Sondierung ohne Ende empfohlen, die forcierte Dehnung nach v. Mikulicz sollte nach seiner Ansicht nur für verzweifelte Fälle reserviert bleiben.

Bei Grenzdivertikeln ist Totalexstirpation angezeigt; bei Karzinomen ist von Röntgen-Strahlen und Radium nicht viel zu erwarten; hinsichtlich der Gastrostomiefrage steht Vf. ganz auf dem Standpunkt von Vf.: frühzeitige Operation verlängert das Leben.

Die Radikaloperation selbst in der Sauerbruchkammer ist Zukunftsmusik. — (Wien. med. Presse Nr. 13, 1905.)
St., Heidelberg.

b) Schilddrüse.

Morbus Basedowii im Kindesalter. Von Georg Lewinberg.

Die Basedow'sche Krankheit ist selten im Kindesalter und beträgt höchstens 2% der Basedow-Fälle überhaupt. Und zwar tritt die Krankheit sowohl typisch, und zwar häufiger als vollausgebildete Form auf als auch als „formes frustes". Struma kann fehlen, öfter vermißt man den Exophthalmus (sonstige Augensymptome, Graefe etc., sind sehr selten), die Pulsfrequenz erreicht keine so hohen Grade wie bei Erwachsenen, Tremor ist häufig vorhanden. Interessant ist der zeitliche Zusammenhang mit Chorea, was öfters beobachtet wurde. Das höhere Kindesalter (zwischen 10 und 15 Jahren) neigt mehr zur Erkrankung als das jüngere (bis zu 10 Jahren), ebenso das weibliche Geschlecht mehr als das männliche; jedoch ist letzteres nicht in dem Maße als bei Erwachsenen der Fall. Was die Heredität, beziehungsweise Disposition zur Erkrankung anbelangt, so sind mehrere Faktoren von Bedeutung, vor allem das Vorkommen von nervösen Erkrankungen in der Familie, Kropfanlage, schließlich Morbus Basedowii selbst bei anderen Familienmitgliedern. Infektionskrankheiten (Chorea!), wie psychische Traumen spielen als veranlassende Momente eine Rolle, besonders bei schwächlichen, heruntergekommenen Kindern, die zur Erkrankung ohnehin mehr geneigt sind. Der kindliche Morbus Basedowii verläuft im allgemeinen schneller und leichter, seine Prognose ist nicht ungünstig zu stellen. Vf. hat in dankenswerter Weise den 64 bis jetzt veröffentlichten Fällen von Morbus Basedowii im Kindesalter fünf weitere eigener Beobachtung hinzugefügt. — (Inaug.-Diss., Leipzig 1904.)
R. (München).

c) Magen und Darm.

Die angeborene Pylorusstenose der Säuglinge. Von Ernst Schotten in Kassel.

Eine der interessantesten Erkrankungen des Säuglingsalters bildet die sogenannte angeborne Pylorusstenose. Seit Mitte des vorigen Jahrhunderts bekannt, wurde das Krankheitsbild erst in den letzten 20 Jahren mehr beachtet und seine Kasuistik durch häufige genauere Beobachtungen bereichert.

Die Erkrankung, bei brust- wie bei künstlich ernährten Kindern vorkommend, beginnt in der Regel erst mehrere Wochen nach der Geburt. Die Kinder erbrechen fast nach jeder Mahlzeit, oft sofort, manchmal erst nach längerer Zeit, mehr oder minder reichliche Mengen. Das Erbrochene ist gemäß der Zeit des Verweilens im Magen unverändert oder geronnen, aber stets, und das ist für die Diagnose wichtig, gallenfrei; selten ist freie Salzsäure nachweisbar, öfter Buttersäure oder niedere Fettsäuren. Gemäß der geringen Nahrungs-, respektive Flüssigkeitsresorption ist hochgradige Obstipation vorhanden, ebenso auffallend geringe Urinsekretion. Die Kinder magern dabei natürlich hochgradig ab. In manchen Fällen ist der Magen dilatiert, man kann peristaltische Bewegung durch die Bauchdecken sehen, eventuell den Pylorus als Tumor fühlen. Die Prognose ist zweifelhaft, doch mehr günstig bei sorgfältiger Beobachtung und Behandlung.

Ueber die Ursache der Pylorusstenose bestehen zwei Ansichten; die ersten Beobachter sahen den Grund in einer Hypertrophie der Pylorusringmuskeln,

einer Neubildung fibromyomatöser Art; sie sind daher die Verfechter der chirurgischen Therapie (Gastroenterostomie). Die neueren Beobachtungen widersprechen dieser Auffassung und neigen der Ansicht zu, daß es sich um einen intrauterin oder erst einige Zeit nach der Geburt sich entwickelnden, auf einer Störung der nervösen Koordination beruhenden Spasmus pylori handle. Dieser Anschauung entsprechend, wird die Erkrankung innerlich und exspektativ behandelt, z. B. mit geringen dreistündlichen Nahrungsmengen, mit Breiumschlägen auf den Leib, Darreichung von Tct. Valerian. mit $^1/_{20}$—$^1/_{10}$ Tropfen Tct. opii spl. (Regime Heubners). Die Erfolge hiebei sollen sehr gute sein. Vf. jedoch betont ausdrücklich und mit Recht, daß man die innerliche Behandlung nicht zu lange bei Mißerfolg fortsetzen solle, damit nicht der Zeitpunkt versäumt werde, an dem der gesunkene Kräftezustand des Säuglings ein eventuell chirurgisches Eingreifen von vornherein aussichtslos macht. Diese Meinung illustriert Vf. treffend durch einen der drei mitgeteilten, genau beobachteten, sehr instruktiven Fälle aus seiner Praxis. — (Volkmanns Sammlg. klin. Vortr. Nr. 368, 1904.) R., München.

Beobachtungen über Perityphlitis. Von A. Lombardi. (Aus der chir. Klinik der Universität Zürich.)

Der Umstand, daß heutzutage die Blinddarmentzündung eine sehr häufig anzutreffende Krankheit ist, führt manchmal den Arzt zur Fehldiagnose, indem er an diese Häufigkeit mehr oder weniger gewöhnt, oft nicht zögert, die Diagnose: Appendizitis zu stellen, auch in jenen Fällen, wo der vorhandene Schmerz in der rechten Bauchseite von etwas anderem herrühren könnte. Mitunter dagegen tritt die Erkrankung mit unklaren Symptomen auf, so daß man eher geneigt ist, an die Affektion eines anderen Organes zu denken, als an diejenige der Appendix. Auch so kommen verhängnisvolle Verwechslungen vor.

Das Erbrechen, das auf Reflexerscheinungen beruht, und das Fieber sind so inkonstante Symptome, daß man sich auf sie allein bei der Differentialdiagnose gar nicht verlassen kann. Das Erbrechen kann sowohl bei leichteren wie bei sehr schweren Fällen auftreten und vermag nur mit anderen Erscheinungen in Zusammenhang Aufklärung über den Zustand des Patienten zu geben. Ebensowenig kann die Temperatur zur Beurteilung des Zustandes des Kranken genügen, weil sogar ein sehr gefährlicher Fall fieberlos verlaufen kann. In anderen Fällen allerdings bildet Fieber das unangenehme Zeichen von noch unangenehmeren Erscheinungen. Der Puls braucht nicht im Verhältnis mit dem Fieber zu sein, sondern die Pulsfrequenz kann erheblich steigen, wenn die Temperatur relativ niedrig bleibt und umgekehrt.

Die Krankheiten, die mit der Appendizitis zu verwechseln sind und an die man bei der Diagnosestellung denken muß, sind verschiedene: Das Cökumkarzinom ist daran zu erkennen, daß es zur Bildung einer höckerigen Resistenz führt, chronisch und fieberlos verläuft. Zudem ist die Kachexie und das Alter charakteristisch. Eine Verwechslung mit Nierenstein- und Gallensteinkolik ist möglich. Bei diesen aber werden die Harnuntersuchungen und das Auftreten von ikterischen Verfärbungen den Ausschlag für die Diagnose geben.

Die Differentialdiagnose zwischen rechtseitiger Adnexaffektion und Appendizitis ist manchmal so schwierig, daß man zu einem sicheren Schluß kaum kommen kann. Die Untersuchung per vaginam und per rectum führen oft nicht zum Ziel.

Daß Verwechslungen zwischen Ulcus ventriculi und Blinddarmentzündungen vorkommen, ist eine Tatsache, die keine weitere Erläuterung braucht, obwohl sie von verschiedenen Seiten mit Unrecht bestritten wird. Eine Wanderniere führt nicht so leicht zur Täuschung, weil die Beweglichkeit des Tumors vor Fehldiagnosen schützt. Außerdem sind das perforierte Ulkus mit Peritonitis, das Karzinom und die

Tuberkulose von Darm und Mesenterium, ferner die akuten Entzündungen des Pankreas, die Darminvagination, die Darmaktinomykosis Krankheiten, welche gelegentlich eine Perityphlitis vortäuschen können. Die Tuberkulose der Wirbelsäule oder der Beckenknochen kann ebenfalls Abszesse in der rechten Fossa iliaca bilden, deren Ursprung aber durch die Veränderung der Knochen erkennbar ist. Schließlich kann die Appendizitis mit einer beginnenden Koxitis verwechselt werden.

Ueber die Therapie bei Perityphlitis herrschen drei verschiedene Ansichten. Die einen meinen, es könne ohne einen operativen Eingriff keine vollkommene Heilung eintreten, andere dagegen nehmen an, daß die Therapie fast ausschließlich eine interne sein soll. Schließlich findet eine dritte Kategorie von Aerzten sowohl die operative, wie auch die interne Therapie indiziert. Nach der Ansicht des Vf. sollte man bestrebt sein, eine Operation während des Anfalles zu Gunsten derjenigen im freien Intervall, welche die besten Erfolge aufweist, wenn möglich, zu umgehen. Die richtige Zeit für die Operation ist diejenige von zirka sechs Wochen nach überstandenem Anfalle, weil dann mit größter Wahrscheinlichkeit alle Entzündungserscheinungen in der Umgebung des Wurmfortsatzes schon zurückgegangen sind, wodurch die Ausführung der Operation sich leichter gestaltet und eine Infektionsgefahr nicht mehr vorhanden ist, zumal die Laparatomiewunde solid geschlossen und eine Heilung per primam erhofft werden kann.

Zur Gruppe der im freien Intervall zu operierenden Fälle gehören verschiedene Kategorien: In die erste reihen sich diejenigen Patienten, welche verschiedene Anfälle mit völlig beschwerdefreien Intervallen durchgemacht haben. Zu der zweiten gehören diejenigen, bei denen die Anfälle nicht besonders heftig, die Zwischenzeiten aber nicht ganz schmerzfrei waren. Die dritte bilden schließlich diejenigen, bei welchen nie ein richtiger Anfall zum Ausbruch kam, immerhin aber die Beschwerden so lästig wurden, daß das Gefühl des Unwohlseins nie ganz schwand. Daß bei der ersten Kategorie eine Operation dringend nötig wird, ist leicht verständlich, weil jeder weitere Anfall zum Exitus führen kann. Daß aber auch bei den beiden anderen Kategorien eine Operation angezeigt ist, wird durch die Erfolge der modernen Chirurgie bewiesen. Eine Operation ist nach der Meinung des Vfs. dann dringend anzuraten, wenn nach dem Anfall eine, wenn auch leichte Schmerzhaftigkeit in der rechten Fossa iliaca zurückbleibt. Hier muß man annehmen, daß die Entzündung nicht total verschwunden ist, daß sie vielmehr zu neuen Erkrankungen Veranlassung geben könnte. Außerdem ist die Operation nach dem zweiten und dritten Anfall angezeigt, weil damit schon bewiesen wird, daß der Wurmfortsatz zur Infektion geneigt ist. Die chronische Form der Appendizitis indiziert schon deswegen auch die Operation, weil die Erfahrung lehrt, daß mit der internen Behandlung hier nicht viel zu erreichen und auf eine Spontanheilung nicht zu rechnen ist. F. L.

d) Niere.

1. Ueber Albuminurie im Kindesalter. Von Wilhelm Holzer, Assistent der medizinischen Poliklinik zu Heidelberg. (Diss. Heidelberg 1903.)

2. Ueber physiologische oder funktionelle Albuminurie. Von Dr. S. West.

3. Ueber funktionelle Albuminurie. Von Martin Schüler. (Diss. Kiel 1903.)

4. Die Bedeutung der Albuminurie im Kindesalter. Von G. Reimer.

Holzer (1.) gibt eine Reihe von Krankengeschichten. Die Beobachtung des Verlaufes sowohl, wie die Forschung nach dem Ausgangspunkte haben ihn dazu geführt, für viele intermittierende Albuminurien einen nephritischen Charakter anzunehmen. Allermeist handelt es sich um verschleppte Infektionsnephritiden. Aber auch bei den Fällen, bei denen die Zurückführung auf eine In-

fektionskrankheit nicht möglich ist, nimmt er an, daß es sich meistens um nephritische Prozesse handelt, sei es, daß die Kenntnis der verursachenden Infektionskrankheit verloren gegangen ist, sei es, daß die Nierenveränderungen durch eine sonstige Ursache veranlaßt worden sind. Der eminent chronische Verlauf des Zustandes mit gewöhnlich ausgesprochener Tendenz der Verminderung der Eiweißausscheidung hindert auch bei Fällen unbekannten Ursprungs nicht, an einem nephritischen Charakter festzuhalten, denn es ist derselbe Verlauf, den auch verschleppte akute Nephritiden nehmen, Fälle, bei denen ein Zweifel über die nephritische Natur nicht bestehen kann. Die Zahl derjenigen Fälle, bei denen durch eine funktionelle Störung das Bild der intermittierenden Albuminurie hervorgerufen wird, hält Vf. für sehr beschränkt, wenn er auch die Möglichkeit dieses Vorkommens nicht bestreitet. Es sind nach dieser Richtung hin schon viele, zum Teil sehr interessante Erklärungsarten gegeben worden, über die Vf. einen guten Ueberblick liefert:

Moxan, einer der ersten, die sich mit dem in Frage stehenden Zustande befaßt haben, fand bei seinen Patienten eine gewisse Schlaffheit und führte die Ausscheidung des Eiweißes auf eine konstitutionelle Gewebsschwäche im allgemeinen und der Niere im besonderen zurück. Zahlreiche englische Autoren schließen sich dieser Anschauung an.

Sehr isoliert steht mit seiner Anschauung Collins, der auf das häufige gleichzeitige Vorkommen von oxalsaurem Kalk hinweist, und annimmt, daß die scharfen Kanten dieses Kristalls das Nierengewebe reizen und zur Ausscheidung von Eiweiß brächten. Vf. hat in seinen Fällen keine Beziehungen der intermittierenden Albuminurie zur Oxalurie finden können.

Einen vollkommen eigenartigen Standpunkt vertritt v. Noorden. Er weist darauf hin, daß Hühnereiweiß, in die Blutbahn gebracht, ausgeschieden wird. So kann man auch für andere Fälle annehmen, daß im Blute gelegentlich vorübergehende Aenderungen des Eiweißes vorkommen, welche dessen Eigenschaften denen des rohen Hühnereiweißes nähern. Er sucht auch für Fälle von intermittierender Albuminurie die direkte Ursache nicht in dem Nierenfilter, sondern in der Beschaffenheit des Blutes.

Mehrere Autoren weisen auf die Bedeutung der Glomerulusgefäße hin.

Rudolph glaubt, für eine intermittierende Albuminurie keine bestehende Nierenentzündung annehmen zu dürfen; dagegen habe durch einen vorausgehenden entzündlichen Prozeß eine Anzahl der Glomerulusgefäße eine Alteration ihrer Wände erfahren. Die Gefäße sind noch imstande, den Blutdruck beim ruhenden Menschen zu ertragen; bei starkem Druck aber, wie er in aufrechter Stellung des Individuums auf ihm lastet, werden sie für das Blutserum permeabel.

Hawkins weist eine vorausgehende Entzündung zurück und nimmt eine Störung in der vasomotorischen Regulation des glomerulären Blutdruckes an. Hiedurch werde der normale Blutzufluß zu den Glomeruli gestört; die Folge sei eine vorübergehende Funktionsunflüchtigkeit des Epithelialüberzuges der Glomeruli.

Zu einer weiteren Gruppe lassen sich die Anhänger des hereditären Einflusses zusammenfassen. Hieher gehört die Anschauung, daß die Gicht eine Rolle spiele. Eine Reihe namentlich französischer Autoren teilt diese Ansicht. In der deutschen Literatur spielt die Gicht eine untergeordnete Rolle. Vf. konnte nur einen Fall derart finden (Raudnitz). Es handelt sich um einen Säugling, der, gichtisch stark belastet, bei der Zahnung Eiweiß im Urin hatte; dieses setzte bald danach aus und kam dann nach vier Jahren wieder zum Vorschein. Raudnitz weist besonders darauf hin, dies sei ein Fall, bei dem Infektionskrankheit mit Sicherheit ausgeschossen werden könne.

Auch Lecorché und Talamon halten einen Teil der intermit-



tierenden Albuminurien für gichtig. Sie weisen überhaupt auf die Bedeutung hin, welche die Vererbung bei Nierenkrankheiten habe.

Die erhebliche Bedeutung von familiärer Belastung geht aus der Tatsache hervor, daß verschiedene Autoren, so Heubner, Lacour, Rudolph, intermittierende Albuminurie bei Geschwistern beobachtet haben; Lacour sogar bei drei unter fünf Geschwistern.

Die aus seinen Beobachtungen gewonnenen Erfahrungen faßt Vf. folgendermaßen zusammen: 1. Die intermittierenden (zyklischen, orthodischen) Albuminurien stehen unzweifelhaft mindestens zu einem beträchtlichen Teile mit Nierenentzündungen in Beziehung; häufig sind es sehr chronisch verlaufende Folgezustände akuter Nephritiden. 2. Die Prognose der Fälle ist im allgemeinen eine gute; doch kommt auch Uebergang in Schrumpfniere vor.

West (2.) bespricht die Bedeutung der während anscheinend ungestörter Gesundheit zur Beobachtung kommenden Albuminurien. Abgesehen von den Albuminurien, die ihre Ursache in Erkrankungen der Niere oder sonstiger Organe haben, gibt es eine Reihe (etwa 10%), denen anscheinend keinerlei krankhafte Veränderungen irgend eines Organes zugrunde liegen. Die Eiweißausscheidung ist in diesen Fällen meist minimal und intermittierend. Aus dem intermittierenden Charakter darf jedoch nicht auf Intaktheit der Nieren geschlossen werden, da ja bekanntlich auch bei Schrumpfniere und in der Rekonvaleszenz von akuter Nephritis intermittierende Albuminurien beobachtet werden. Schulkinder und junge Leute sind es meist, die an funktioneller Albuminurie leiden. Bei einem Teil dieser Individuen verschwindet die Albuminurie, bei einem weiteren Teil wird sie intermittierend, bei einem dritten Teil kommt es zu organischen Veränderungen der Nieren. Eine wichtige Frage ist, ob solche junge Leute in Lebensversicherungen aufgenommen werden sollen. Bei der Beurteilung derselben ist besonders auf Arteriosklerose zu achten. Leute über 40 Jahre weist Vf. von der Aufnahme in solche Versicherungen zurück; ebenso regelmäßig diejenigen Fälle, die mit Arteriosklerose kombiniert sind. — (Lancet, 1904.) —

Vorliegende Dissertation (3.) enthält im ersten Teil im großen und ganzen die Literatur der letzten zehn Jahre (bis 1903) über „Funktionelle Albuminurie". Im zweiten Teil gibt Vf. die Beschreibung von vier Fällen aus der Klinik von Quinke. Dieselben zeichnen sich dadurch aus, daß sie nur ganz vereinzelt das ausschließlich morgendliche Auftreten oder die von Klemperer beobachteten zwei Maxima wiedergeben. Im allgemeinen war durchaus keine Gesetzmäßigkeit, vom vierten Fall abgesehen, wie auch bei anderen Autoren in anderen Fällen zu beobachten. Im zweiten Falle ist eine plötzliche und starke Eiweißausscheidung hervorzuheben. Wie in manchen Fällen anderer Beobachter trat auch in diesem außer der aufrechten Stellung die Muskeltätigkeit als ätiologisches Moment besonders hervor. Im Falle 1 und 3 bestand Schmerzhaftigkeit im Rücken. Bei Nephritis kommen erst Schmerzen, wenn die Niere vergrößert ist und die Kapsel gezerrt wird. Der vierte Fall ist der typischeste. Es ist nun fraglich, sagt Vf., ob die „funktionelle Albuminurie" als ein physiologischer oder pathologischer Zustand zu betrachten ist. Am wahrscheinlichsten ist wohl doch nicht nur eine funktionelle Störung oder größere Durchlässigkeit des Nierenfilters, sondern vielmehr eine, wenn auch geringe, anatomische Schädigung des Nierenepithels, die den durch den täglichen Stoffwechsel oder die Lebensweise überhaupt bedingten Zirkula-

tionsschwankungen nicht gewachsen ist. Vf. schließt sich im übrigen der Bull'schen Anschauung an, daß man den Lebenslauf solcher Individuen bis zum Seziertische verfolgen müsse, um behaupten zu können, diese Formen der Albuminurie wären keine Vorläufer einer ernsten Nierenkrankheit, und bei der wahrscheinlichen Verschiedenheit der Fälle in ätiologischer Beziehung wäre es möglich, daß bei manchen partielle Entzündungsherde der Niere bestehen, die sich dem gewöhnlichen klinischen Nachweis entziehen. Vf. hält es nicht für richtig, solche Leute etwa für untauglich zum Militärdienst, zur Aufnahme in eine Lebensversicherung, zum Eingehen der Ehe zu erklären.

Reimer (4.) rechnet zu den „physiologischen" Albuminurien die von ihm bei Anwendung kalter Bäder beobachteten, d. h. bei Kindern in für sie zu kaltem Badewasser; sie verschwanden bei Anwendung höherer Wärmegrade. Dann beobachtete er „alimentäre" Albuminurien, die auf Genuß eiweißreicher Nahrung zurückzuführen waren, besonders auf den Fleischgenuß. Auch größere Mengen Kochsalz, Zucker, Pfeffer, Senf, Zimmt, Vanille können zu Albuminurie führen. Ob die „Pubertätsalbuminurie" noch zu den „physiologischen" Albuminurien zu rechnen sei, läßt Vf. unentschieden; in Betracht kommen hier ferner die „zyklischen" Albuminurien, die auftreten können: 1. im Anschluß an ausgesprochene akute Nephritis, und zwar im Abheilungsstadium der letzteren; 2. als ungewöhnlicher Ausdruck chronisch-interstitieller Nephritis; 3. bei Amyloidniere; 4. als rein zyklische Albuminurie infolge von Anämie zur Zeit stärkeren Wachstums.

Zu den pathologischen Formen gehört vor allem die febrile Albuminurie nach Infektionskrankheiten; auch Stoffwechsel und Blutkrankheiten veranlassen zuweilen „dyskrasische" Albuminurien. Bei einer ganzen Reihe von Hautleiden können Albuminurien auftreten, die sich unter Umständen zu schweren Nierenveränderungen ausbilden.

Fritz Loeb.

e) Weibliches Genitale.

Zur klinischen Bedeutung der Retroflexio uteri mobilis. Von Wörmser.

Vf. kommt auf Grund eingehender diesbezüglicher Untersuchungen zu dem Schlusse, daß bei sonst gesunden Frauen die rein mobile Retroflexio zumeist keinerlei Beschwerden verursacht, mithin auch keine Behandlung erfordert, ausgenommen bei eintretender Gravidität. Wenn Frauen mit rein mobiler Retroflexio über Beschwerden klagen, so hat dies entweder seinen Grund in einer mehr oder weniger deutlich ausgeprägten Störung des Nervensystems oder in anderen, oft nicht leicht eruierbaren Komplikationen. Da aber nach der Ansicht des Vfs. in beiden Fällen die Retroflexio für die Störungen im Allgemeinbefinden nicht verantwortlich gemacht werden kann, so hat die Behandlung nicht auf die Behebung der mobilen Retroflexio zu sehen, sondern symptomatisch vorzugehen. Erst wenn alle Versuche in dieser Richtung vergeblich sind, dann ist die Korrektur der Lage vorzunehmen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 26 und 27, 1903.) Königstein.

f) Haut.

Ueber Hämangiome. Von Dr. Brunhilde Kramer.

Eine nach gründlichsten Vorstudien abgefaßte Inauguraldissertation aus der Schule Wyss in Zürich. Die teils klinischen, teils anatomischen Untersuchungen beziehen sich auf 147 Fälle von Hämangiomen, die im Kinderspital Zürich seit dem Gründungsjahr 1877 in Behandlung gekommen sind. Behufs Orientierung über die postoperativen Verhältnisse (lokale Rezidive, Neoformation), über das Auftreten ähnlicher Veränderungen in der Familie etc. wurden 118 Fragebogen verschickt; davon kamen 88 beantwortet zurück, 34 Patienten stellten sich persönlich zur Nachuntersuchung; 19 exstirpierte Angiome wurden histologisch untersucht.

In den Krankengeschichten zieht das bunte Bild der kutanen, meist fissuralen, einfachen und gemischten Angiome vorüber, seltener die Form der kavernösen

Variation. Anatomisch war meist der Befund des A. simplex hypertrophicum mit den kernreichen, mehrschichtigen Wandungen der Kapillaren gegeben. Die Endothelien sind epithelähnlich, vollsaftig, protoplasmareich und oft von kubischer Form. An größeren Bluträumen macht sich als Zeichen der Hyperplasie eine Abhebung der innersten, dem geronnenen Inhalt adhärenten Endothelschicht geltend. Die Entwicklung schien meist von dem Kapillarsystem des subkutanen Fett- und Bindegewebes ihren Ursprung zu nehmen, von wo aus ein Weiterwuchern der Gefäße in das darüber liegende Korium und die darunter befindliche Muskulatur stattfand.

Aus der Zusammenstellung ergibt sich, daß von den 147 Fällen 105 = 71·04% Kinder weiblichen Geschlechts und 42 = 28·6% männlichen Geschlechts betrafen. Bei der Präsentation waren 77·02% weiblicher Individuen weniger als ein Jahr, 22·8% mehr als ein Jahr alt, von den männlichen Individuen zeigten dieses Verhältnis 69, resp. 31%. Von den 147 Patienten hatten 41 = 28% mehrere Blutgeschwülste aufzuweisen.

Der Lokalisation nach entfallen die meisten, 94 = 42%, auf das Gesicht, 24 = 10% auf den behaarten Kopf, 11 = 5% auf den Hals, 63 = 28·1% auf den Rumpf, 28 = 12·5% auf die Extremitäten. In 17 von 108 = 16% zeigten die Eltern (6), resp. die Geschwister (11) gleichfalls Hämangiome.

In einigen Fällen wird dezidiert Trauma (?) als Ursache der Gefäßneubildung angegeben. Die Behandlung von 185 Hämangiomen bestand 106mal in Exzision, 55mal in Thermokauterisation, 14mal in Galvanokaustik, 11mal in Elektrolyse und 4mal in Vakzination. Die Exstirpation kam überall in Anwendung, wo genügendes Material zur Vereinigung der Wundränder vorhanden war. Bei der Elektrolyse kamen Ströme von 10—15 Milliampère in der Dauer von 5—10 Minuten zur Verwendung. Die Methode ist für Gesichtsangiome empfehlenswert. Die Behandlung mittels Vakzination, die gleichzeitig den Vorteil der Immunisierung für Pocken bildet, erfordert eine gewisse Vorsicht bei der Inokulation. Meist empfiehlt es sich, an der Peripherie der Tumoren dicht bei einander stehende Impfstiche zu applizieren. In dieser Statistik, die sich auf ein zwischen 3 Monaten und 28 Jahren schwankendes postoperatives Intervall bezieht, ist eine Rezidivität von 7·5% herausgekommen. Auf 93 Angiome entfallen 7 Rezidive, wovon 6 auf exzidierte Angiome, 1 auf ein thermo-kauterisiertes entfallen.

Durch die Fragebogen wurde ersichtlich, daß bei 3 von 85 Patienten in späterer Zeit an anderen Körperstellen Hämangiome auftraten. — (Dissertation S. Karger, Berlin 1904.) N.

Zur Hautinfektion der Säuglinge. Von Prof. Dr. L. d'A s t r o s.

Unter die Pyodermien, welche durch perkutane Infektion zustande kommen, rechnet Vf. als klinische Einheiten: die Impetigo, das Ekthyma (Streptokokkeninfektion), die eitrigen Adnexprozesse (Follikulitis, Furunkel, Schweißdrüsenabszesse) und die Abszesse der Haut. Die Abszesse teilen sich in zwei klinische Varietäten, einmal sind es die mehr isolierten, von exulzerierten Erythemplaques oder Impetigopusteln ausgehende phlegmonöse Infektionen des Hypoderms, die singuläre Einschmelzungsknoten bedingen; zweitens kommen die multiplen, oft zu hunderten vorhandenen Abszesse in Frage, die ihrerseits wieder in oberflächliche heiße und regionäre, sowie in kalte tiefsitzende und zerstreute Typen zu trennen sind; gleichwie R e n a u l t, möchte auch Vf. für alle Abszeßformen zumeist den Staphylokokkus verantwortlich machen, auch für jene, die zweifellos auf tuberkulösem Terrain zustande kommen. Für die Auffassung der tiefliegenden, zu allmählicher Einschmelzung gelangenen Dermalknoten hat die neuere Forschung nach mancher Richtung hin wertvolle Perspektiven eröffnet, die namentlich die ätiologische Bedeutung der Eitererreger für diese Formen einzuschränken geeignet sind.

Einen großen Teil jener umschriebenen subkutanen und endodermalen Infiltrationsherde, welche der Nekrobiose anheimfallen und von den Pädiatern

schlechtweg den Hautabszessen zugerechnet werden, müssen wir Dermatologen für Manifestationen der Skrofulotuberkulose ansprechen, wofür nicht nur die klinische Uebereinstimmung und das gleichzeitige Auftreten mit anderweitigen spezifischen Gewebsläsionen die Direktive bilden, sondern auch der ganze Entwicklungsgang, der anatomische Bau und Involutionscharakter dieser Formen, die nur eine virulente Varietät des tuberösen Skrofuloderma darstellen. Inwieweit eine sekundäre Infektion mit Staphylokokken komplizierend auf den pathologischen Vorgang einzuwirken vermag, entzieht sich vorläufig der strikten Beurteilung. Fest steht es aber, daß die Vorbedingungen für ihre Haftung in der durch abgeschwächte Tuberkelbazillen oder deren Stoffwechselprodukte bedingten Gewebsalteration gegeben erscheinen. (Ref.) Als weitere Kategorien der äußeren Infektion fungieren nach Vf. die Lymphangitiden, das Erysipel, sowie die verschiedenen sekundären Gangränformen.

Auf dem Wege der Zirkulation seien gewisse tiefsitzende Abszesse, infektiöse Purpuraformen, pemphigoide und pustulöse Eruptionen, sowie die disseminierte infektiöse Hautgangrän bedingt. In den Anschauungen über die Pathogenese der Hautinfektionen entwickelt Vf. eine seltene Vertrautheit mit allen anatomischen und physiologischen Verhältnissen, ohne deren Beherrschung die multiformen Krankheitsbilder in der Dermatologie des Kindes wohl nie in ihrem Wesen richtig erfaßt und beurteilt werden können. — (Monogr. IV. Congr. de Gyn. d'obstét. et de Pädiatrie, Rouen 1904.) N.

Ueber die persistierende Form des Erythema nodosum. Von Dr. Walter Pick.

Mit der Symptomatologie des Bazinschen Erythema induratum wohl vertraut, bringt P. zwei Fälle der Klinik Riehl zur Mitteilung, welche den nicht spezifischen Typus der Krankheitsform verkörpern. Wie stets, so handelt es sich auch hier um jugendliche weibliche Individuen, bei welchen sich im Anschluß an plötzlich einsetzende Anschwellung der Beine tief im subkutanen Gewebe gelagerte, von normalem Integument überkleidete Knoten entwickelten (an den Waden). Im Fall 2 auf 10 mg Tuberkulin starke Allgemeinreaktion.

Histologisch erweisen sich Epithel und Kutis normal, die Veränderungen beschränken sich auf das subkutane Fettgewebe, um nur in der Gegend von Schweißdrüsenknäuel in die Pars reticularis hinaufzureichen. In dieser Lage macht sich eine mit entzündlichen Prozessen einhergehende herdförmig umschriebene Fettatrophie geltend, der sich ein selbständiger zur Obliteration führender Alterationszustand (Mesarteriitis) der Gefäße hinzugesellt. Es sind dies Gewebsverhältnisse, welche jener Form der Bazin'schen Krankheit entsprechen, bei welcher weder die Anatomie der Herde selbst, noch ihre Entstehungsweise und der Allgemeinzustand der Befallenen Anhaltspunkte dafür bieten, daß die Läsion auf tuberkulöser Basis zustande gekommen sei. Die Uebereinstimmung des Gewebsverhaltens mit dem Substrate des Erythema nodosum bestimmt P., in seinen Fällen eine persistierende Abart dieser, allerdings fast stets akut verlaufenden und zu völligem Rückgang gelangenden Läsionsform zu erblicken, ohne jedoch die eminente ätiologische Bedeutung der Tuberkulose für ganz ähnliche Krankheitsbilder in Abrede stellen zu wollen.

Gerade in neuerer Zeit hat sich über die Aetiologie einer Reihe von Dermatosen ein lebhafter Meinungsaustausch anzuspinnen begonnen, in welchem für die tuberkulöse Natur bestimmter klinisch wohlcharakterisierter Typen alle Belege der Histologie, Bakteriologie und experimentellen Pathologie ins Feld geführt werden. Anderseits fehlt es nicht an Stimmen, die in dieser Beweisführung immer noch auf die Erfüllung solcher Postulate pochen, denen man vorläufig nicht erschöpfend zu genügen vermag. In dieser Hinsicht hört man immer wieder den Nachweis von Tuberkelbazillen in den Gewebsprodukten fordern, um die spezifische Natur der letzteren anzuerkennen. Daß aber auch ohne dieses Kriterium die spezifische Natur von pathologischen Gewebsbildungen erhärtet werden kann,



dafür haben sich in der Dermatologie genügende Beispiele ergeben, und mit Sicherheit steht es auch zu erwarten, daß die einmal angebahnte Fährte auch zur definitiven Feststellung der tuberkulösen Natur gewisser Formen des knotigen Erythems, der nodulär-nekrotischen Exantheme, sowie mancher heute noch der Zuständigkeit entratenden und provisorisch in den Klassen der Follikularprozesse untergebrachten Dermatosen führen wird. [Ref.] — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 72, H. 3.) N.

g) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochaeten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen. Von F. Schaudinn und E. Hoffmann.

Gelegentlich der Vornahme von Untersuchungen über das Vorkommen von Mikroorganismen in syphilitischen Krankheitsprodukten fand Schaudinn am lebenden Objekt sowohl, als in gefärbten Präparaten Organismen, die zur Gattung Spirochaete gehören, für welche der genannte Autor anläßlich früherer Untersuchungen die Zugehörigkeit zu den Protozoen behauptet.

Diese Spirochaeten konnten bisher sowohl an der Oberfläche sezernierender Syphiliseffloreszenzen, als auch in der Tiefe des Gewebes und in den spezifisch erkrankten Lymphdrüsen nachgewiesen werden. Für das Auffinden der lebhaft beweglichen, zarten, schwach lichtbrechenden Spirochaeten eignet sich am besten das lebende frische Material sofort nach Entnahme vom Körper im gewöhnlichen Deckglasausstrich, und zwar, indem bei Primäraffekten oder breiten Papeln nach der Exzision etwas Gewebssaft aus der Mitte des Gewebes aufs Deckglas getupft, bei Lymphdrüsen ein Tropfen des Drüsensaftes aus der Mitte der schnell durchschnittenen Drüse entnommen wird. Zur Färbung wird das Präparat nach Lufttrocknung durch 10 Minuten in absolutem Alkohol fixiert.

Durch die Färbung lassen sich bald zwei Formenreihen von Spirochaeten differenzieren; die im Leben stärker lichtbrechenden, von derberer Gestalt und flacheren Windungen lassen sich mit Gentianaviolett, Karbolfuchsin etc. leicht darstellen. Sie wurden als „dunkel färbbarer Typus" bezeichnet, finden sich nie bei rein syphilitischen Produkten, aber stets bei spitzen Kondylomen. Die zweite Gruppe, im Leben äußerst zart und schwach lichtbrechend, mit engen steilen Windungen, ist durch die genannten üblichen Färbemethoden nicht darstellbar. Die Färbung gelingt aber, wenn man das Präparat für 16 bis 24 Stunden in eine frisch bereitete, modifizierte Giemsa'sche Azur-Eosinlösung bringt. Dieselbe besteht aus 12 Teilen Giemsa'scher Eosinlösung (2·5 cm³ 1%iger Eosinlösung auf 500 cm³ Wasser), 3 Teilen Azur I (Lösung 1·0:1000·0 Wasser) und 3 Teilen Azur II (0·8:1000·0). Diese zweite Gruppe bildet den „blassen Typus"; erst weitere Untersuchungen können lehren, ob es sich wirklich um zwei verschiedene Arten handelt.

Die Spirochaeten sind 4—10 μ lang und außerordentlich dünn, die stärksten Formen erreichen höchstens eine Dicke von ½ μ, die Zahl der Windungen schwankt zwischen 3 und 12. In Verdünnungen des Gewebssaftes mit physiologischer Kochsalzlösung zeigen sie noch nach 6 Stunden ihre Beweglichkeit, in Glyzerin wurden sie in 5—10 Minuten unbeweglich und erstarrten in ihrer korkzieherartigen Gestalt, um nach 1—2 Stunden zu verschwinden; andere Individuen hinwider verloren in Glyzerin sofort ihre Windungen, streckten sich zu geraden Stäben, welch letztere sich in spindelförmige Gebilde (Ruhezustand der Spirochaeten?) umwandelten.

Wie erwähnt, wird in reinen Fällen von Syphilis nur der blasse Typus, in komplizierten dagegen werden beide Formen vorgefunden; Kontrolluntersuchungen bei reiner Gonorrhöe (in beschränkter Zahl ausgeführt) ergaben negative Resultate, ebenso die Untersuchungen von Scheidenschleim und Smegma von 6 Personen u. s. w. Gerade die letzten Untersuchungen bedürfen noch sehr der Ergänzung,

umsomehr, als tatsächlich sowohl bei Balanoposthitis, als auch bei Syphilis schon Spirochaeten- bezw. Spirillenfunde beschrieben wurden, und da auch jüngst noch Rona gelegentlich seiner Untersuchungen über Hospitalgangrän gerade diesen Befund gegenüber Matzenauer hervorhebt; es wird sich dann wohl auch ergeben, ob die Spirochaeten Schaudinns und die Spirillen der genannten Autoren identisch sind. Jedenfalls ist die Tatsache nicht unwichtig, daß diese Organismen auch in der Tiefe des Gewebes und in den indolenten Bubonen gefunden wurden. Wenn man aber dann bedenkt, daß der Piorkowski'sche Bazillus sich sogar im Blute nachweisen ließ und doch nur ein harmloser Hautparasit ist, dem gerade die erodierte oder nässende luetische Effloreszenz Gelegenheit zum Eindringen in die Tiefe bietet, so wird man auch hier unwillkürlich schon auf Grund der sich aufdrängengen Analogie zur Vorsicht in der Auffassung oder Deutung dieser Tatsache gemahnt. Die von den gleichen Autoren unter dem Titel „Ueber Spirochaetenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer" in der Deutschen med. Wochenschr. Nr. 18, 1905, erschienene Mitteilung enthält ebenfalls die oben ausführlich geschilderten Tatsachen. — (Arbeiten a. d. kais. Gesundheitsamte, Bd. 22, H. 2, 1905.) D.

Therapeutische Neuigkeiten.

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

I. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Aqua Ferro-Calcea „Terlik" ist ein aus Ferrum pyrophosphoricum, Calcium phosphoricum, Glyzerin und einer aromatischen Tinktur bestehendes Präparat, das a) bei Anämie, Chlorose, Apicitis, Pertussis und Rachitis, b) bei Schwächezuständen nach überstandenen schweren Krankheiten, nach starken Blutungen und bei Appetitlosigkeit empfohlen wird.

Ferrocolin (Kreher) = eine Mischung von peptonisiertem Guajakol-Eisenalbuminat mit Syrupus Thymoli. — Anwendung: Bronchialkatarrh, Keuchhusten, Skrofulose, beginnende Tuberkulose, Bleichsucht und Blutarmut. — (Pharm. Post.)

Haemaltosin besteht aus 35 Teilen Eiweiß, 7 T. organischem Eisen, 3 T. Nährsalzen, 2 T. Blutsalzen, 3 T. Pepsin, 5 T. Natriumglyzerophosphat, 1 T. Lezithin, 15 T. Malz, 15 T. Hafermehl und 15 T. Kakao. Gabe: Teelöffelweise in Wasser, Milch u. dgl. gekocht oder mit Limonade, Bier, Wein u. s. w. gemischt. (Pharm. Post.)

Magentropfen, Dr. Sprangers, 0·02 Rhabarber, 0·06 Enzian, 0·06 Baldrian, 0·02 Aloë, 0·01 Safran, 0·02 Zittwerwurzel, 0·02 Thymian, 0·04 Wachholdersaft, 0·05 Melissenkraut, 0·02 Walnußblätter, 0·04 röm. Kamillen, 0·5 Weingeist.

Marrol. Zusammensetzung: Ein aus Malzextrakt, Ochsenmark und Hopfenextrakt bestehendes Präparat. — Anwendung: Als Roborans.

Marsitriol. Zusammensetzung: Ferrum glycero-arsenicicum. — Eigenschaften: Amorphes, gelbliches, in Wasser unlösliches Pulver. — Anwendung: In Dosen à 0·01 als Arsenpräparat.

Marsyl. Zusammensetzung: Ferrikakodylat $[(CH_3)_2 As O_2]_3 Fe$. — Eigenschaften: Gelblichgraues, amorphes, in Wasser lösliches Pulver. — Anwendung: In Dosen zu 0·05—0·3 pro die bei Anämie, Chlorose, Lymphadenitis und Leukämie. Subkutan 0·03—0·1 pro die.

Martol. Zusammensetzung: Dickflüssiges Kakaoschalenextrakt, außer Theobromin 0·683% $Fe_2 O_3$ und 10·457% Mineralsalze, darunter Phosphate enthaltend. — Anwendung: Als eisenhaltiges Roborans.

Myogen. Zusammensetzung: Tierisches Eiweiß, bestehend aus 4·52%

Wasser, 93·17% verdaulicher Stickstoffsubstanz, 0·16% Aetherextrakt und 1·17% Asche. 1 kg Myogen entspricht 27 l Milch oder 7 kg Eiern, beziehungsweise 4·5 kg besten Beefsteakfleisches. — Eigenschaften: Geruch- und geschmacklos, sehr feines Mehl. — Anwendung: Eßlöffelweise mit Suppen, Schokolade, Milch etc. gekocht als Nährmittel.

Myrtilla-Pastillen (Schütz & Kloedt). Zusammensetzung: Aus Extractum Myrtilli compositum, Zucker, Kakao und Vanille bestehende Pastillen. — Anwendung: Bei Diarrhöe und Darmkatarrhen.

Nähr-Roborin ist ein feines Gebäckpulver, das aus 10% Roborin, 20% Hühnereiern, Weizenmehl, Kakao und Zucker bereitet ist. Gabe: dreimal täglich ein Eßlöffel voll in Milch, Kaffee, Brühe, Bier u. s. w. Für Kinder: Kaffeelöffelweise.

Nutrin. Zusammensetzung: Ein 83·5% Eiweiß, 0·1% Fett, 4·4% Nährsalze des Fleisches und 5·5% Wasser enthaltendes Nährmittel.

Nutrol (Nural). Zusammensetzung: Nach Analyse des Dresdener Untersuchungsamtes: Wasser 24·66, Salzsäure 0·27, Mineralstoffe 0·37, Stickstoffsubstanz 0·31, Dextrin 16·6, Dextrose 17·29, Maltose 40·50%. — Anwendung: Als künstlich verdautes, stärkemehlhaltiges Nährmittel angepriesen.

Nutrose. Zusammensetzung: Laut Analyse: Wasser 9·5, Stickstoffsubstanz 83·1, Mineralstoffe 3·62, Phosphorsäure 0·82, Kalk 0·08%. — Eigenschaften: Mittelfeines, weißes, geruchloses und geschmackloses, in kaltem Wasser quellbares und beim Erwärmen eine neutrale opalisierende Lösung gebendes Pulver. — Anwendung: Als Nährpräparat.

Ossin besteht aus Lebertran, Hühnereiweiß und Zucker.

Ovo-Maltine ist ein Trockenpräparat, das aus reinem Malzextrakt, frischen Eiern, Milch und Kakao bereitet wird. Die Kakaostärke ist in Maltose umgewandelt. (Darsteller: A. Wander, Bern.)

Pepsinol ist aromatische Pepsinmixtur.

Perdynamin-Barkowski ist ein Eisen-Hämoglobin-Nährpräparat und wird bei Chlorose, Skrofulose und Phthise empfohlen.

Pilulae tonicae Erb bestehen aus Ferr. lact. 5·0, Extr. Chin. aquos. 4·5, Extr. Strychn. spir. 0·5, Extr. Gent. 2·0, Pulv. Gent. 2·0, auf 100 Pillen.

Resaldol. Zusammensetzung: Das Azetylderivat eines Reaktionsproduktes zwischen Chlormethylsalizylaldehyd und Resorzin. — Eigenschaften: Ein hellbraunes, in Wasser unlösliches, geschmackloses, sich bei Temperaturen über 200° ohne zu schmelzen zersetzendes Pulver. — Anwendung: Als Darmantiseptikum und Adstringens bei Darmtuberkulose und Darmkatarrh in Dosen von 3—5 g pro die.

Rhomnoline ist ein nukleinsaures, Kalk enthaltendes französisches Nährmittel.

Robur. Ein Fleischsaft, der 36·55% Wasser, 46·23% Gesamteiweiß, 25·09% koagulierbares Eiweiß, beziehungsweise 7·39% Gesamtstickstoff enthalten soll.

Sangostol. Zusammensetzung: Liquor Calcii jodo-ferrati. — Anwendung: Als Ersatz des Phosphorlebertrans und anderer antirachitischer Präparate.

Sanguinal. Zusammensetzung: Ein Präparat aus defibriniertem Blut. 100 Teile enthalten, nach Angabe des Herstellers, 46 Teile natürliche Blutsalze, 10 Teile Oxyhämoglobin und 44 Teile peptonisiertes Muskeleiweiß. — Anwendung: Als blutbildendes Mittel bei Anämie, Chlorosis und Folgezuständen.

Pilulae Sanguinali Krewel. Jede Pille enthält die wirksamen Bestandteile aus 5 g Blut.

Sanguinal-Guajakpillen enthalten pro Pille 0·05 g Guajakol.

Sanguinal-Kreosotpillen enthalten pro Pille 0·05 g Kreosot.

Scotts Emulsion. Zusammensetzung: Lebertran 150·0, Glyzerin 50·0, unterphosphorsaurer Kalk 4·3, unterphosphorsaures Natron 2·0, Tragacanth. plv. 7·0, Gummi arab. pulv. 7·0, Aq. dest. 140·0, aromatische Emulsion aus Zimmtöl, Mandelöl und Gaultheriaöl je 2 Tropfen.

Tinctura Ferri Athenstaedt (Tct. Ferri comp. Athenstaedt)-Ferrum



oxydatum saccharatum verum. Ein wohlbewährtes Eisenpräparat.

Tonika Rordorf-Basel ist ein Stärkungsmittel aus China- und Kolafluidextrakt, Kalk- und Eisenglyzerophosphat, Mangansalz, Pepton und aromatischen Kräutern in Süßwein.

Tot. Pulvermischung aus 2 g Isonaphthol, 2 g Benzoyl-β-Naphthol, 1 g Abrastol und Pflanzenkohle. Inneres Antiseptikum bei Magenleiden.

Triferrin ist paranukleinsaures Eisen mit zirka 22% $Fe O_3$ und 2 1/2% P.

Triquores oder Liquores triplices (Sicco) sind dreifach konzentrierte Liquores ferri (pept., sacchar., album., mangan., pept. etc.).

Trygase Riedel. Zusammensetzung: Eine chemisch reine Hefe in Pulverform. — Eigenschaften: Hellgraues, in Wasser unlösliches Pulver vom Geruch und Geschmack der Hefe. — Anwendung: Bei Diabetes, Furunkulose, Darmleiden etc. in Wasser oder Bier suspendiert, mehrmals täglich einen Teelöffel voll.

Vinum gademorrhuinum ist ein Lebertranersatzmittel, das aus Dorschleber, Pankreassaft und Sherry- oder Portwein hergestellt wird.

Virol = ein Ersatzmittel für Lebertran.

(Fortsetzung folgt.)

Neue Mittel.

(Fortsetzung.)

Ankylotaphin ist nach „Münch. Med. Wochenschr." ein zirka 15% Kresole enthaltendes Desinfektionsmittel zur Bekämpfung der Wurmkrankheit.

Cresylone (Parke & Davis) = ein 50% Kresylsäure enthaltendes Präparat, welches mit Wasser in jedem Verhältnis klar mischbar sein soll.

Cupridol ist nach „Monatsh. f. prakt. Dermat." 1905 eine 1%ige Lösung von Quecksilberjodid in Oel. — Anwendung: Zu Hauteinspritzungen bei Syphilis.

Diosmal. Aus frischen Bucco-Blättern hergestelltes Extrakt. Gegen Gonorrhöe in Pillen oder Kapseln à 0·15—0·6 g.

Extractum fluidum Orthosiphonis wird gegen Nieren-, Gallen- und Blasensteine, Blasenkatarrh und Harnverhaltung empfohlen. Dosis: viermal täglich einen großen Teelöffel voll in einem Trinkglas Wasser. — (Pharm. Post.)

Fibrolysin nennt F. Mendel ein wasserlösliches Doppelsalz des Thiosinamins mit Natr. salycylic. Die Verbindung 1 Mol. Thiosinamin und 1/2 Mol. Natr. salicyl. med. stellt ein weißes, kristallinisches Pulver dar, welches in warmem, wie in kaltem Wasser leicht löslich ist. Die Lösungen sind aber bei Luft- und Lichtzutritt nicht haltbar und gelangen schon gebrauchsfertig in Ampullen mit je 2·3 cm^3 einer Lösung von 1·5 Fibrolysin in 8·5 T. Wasser in den Handel, welche bei 115° sterilisiert sind. Jede Ampulle entspricht der Wirksamkeit von 0·2 Thiosinamin und wird anstatt der sehr schmerzhaften alkoholischen Thiosinaminlösungen angewendet. — (Pharm. Post.)

Grays Anästhetikum besteht aus 1 g salzsaurem Kokain, 5 g Anilin und 5 g rektifiziertem Spiritus. — Anwendung: bei Ohrenleiden. M. Sugar (Münch. Med. Wochenschr. Nr. 372, 1905) warnt vor dessen Anwendung, da er in einem Falle eine Anilinvergiftung beobachtet hat. — (Ph. P.)

Dr. Dreuws Guttapercha-Pflastermull enthält neben Pflastergrundmasse eine Mischung aus Acid. salicylic. 5 g, Chrysarobin 10 g, Ol. Rusci 10 g, Sapo med. 12·5. Fabrikant: Beiersdorf & Cie. — (Ph. P.)

Henriettol (Creosoto-Calcium oxysulfuratum) ist ein neues Tuberkulosemittel, welches Apotheker Dr. Emil Budai (Budapest) in Form von Dragées in Verkehr bringt. Das Präparat entwickelt im Organismus $H_2 S$, welcher den Tuberkelbazillen die Virulenz benimmt, und das sich bildende $Ca O Cl$ soll die Alkaleszenz und Widerstandsfähigkeit des Blutes heben. Nach Mitteilungen über an 78 Patienten angestellte Versuche verschwinden nach dem Gebrauche des Henriettol die Tuberkelbazillen im Sputum, der Appetit hebt sich, Fieber und Husten hören auf. Versuche wurden in Budapest am städtischen und kaufmännischen Spital und am Elisabeth-Sanatorium angestellt, und jetzt sollen dieselben an einer Klinik in Wien fort-

gesetzt werden. — (Pharm. Post Nr. 12, 1905.)

Itrol Credé pro oculis (Heyden) ist höchst fein gepulvertes Silberzitrat, das sich nicht zusammenballt. Es wird in schwarzen, versiegelten Flaschen zu 0·5 und 1 g versendet und soll vor Luft und Licht geschützt aufbewahrt werden. Der Inhalt angebrochener Fläschchen, die öfter geöffnet worden sind, sollte, wenn er älter als 14 Tage geworden ist, nicht mehr verwendet werden. Die geöffnete Flasche ist mit einem Korkstopfen zu schließen und in eine 500 g fassende schwarze Glasflasche mit eingeriebenem und mit Vaselin eingefettetem Glasstöpsel samt dem benützten Streupinsel zu bringen. So aufbewahrt, hält sich Itrol 2—3 Wochen. — (Pharm. Post.)

Lecithinogen, gegen die verschiedensten Erkrankungen empfohlen, soll aus 90% „Liquor Calcii aethyl. hypophosphor.“ und 10% Rohrzucker bestehen. — (Pharm. Post.)

Leprolin. Lepra-Antitoxin, hat E. R. Rost in Rangoon auf folgende Weise hergestellt: Lepra-Bazillen wurden in salzfreiem Fleischsaft sechs Wochen lang kultiviert (Kochsalz verhindert das Wachstum). Die Kultur wurde sterilisiert, durch Pasteurkerzen filtriert, auf $^1/_{10}$ des ursprünglichen Volumens eingedampft und nochmals filtriert. Das so erhaltene, Leprolin genannte Produkt wirkt, subkutan injiziert, zuerst dem Tuberkulin ähnlich. Nachdem jedoch die mit Temperaturerhöhung, schnellem Puls u. s. w. verbundene Reaktion überwunden ist, tritt nach und nach Rückgang der Krankheitssymptome und Heilung ein. Die Beobachtung Rosts, daß der Lepra-Bazillus in salzhaltigen Medien nicht leben kann, steht übrigens in gewissem Widerspruch zu der weit verbreiteten Theorie Hutchinsons, daß die Leprakrankheit eine Folge des regelmäßigen Genusses gesalzener Fische sei. — (Pharm. Post.)

Medullin soll aus 500 g Lebertran, 250 g Honig, 62 g Peru-Kognak, 70 g Extrakt von schwarzen Johannisbeerblättern, 50 g Wachholderbeerextrakt und 18 g Zitronensaft bestehen und bei Asthma und Lungenleiden angewendet werden. — (Pharm. Post.)

Natrium borovalerianicum verlangsamt nach Roué (Bull. gén. de Thérap. 1905, 233) — in mittleren Dosen gegeben — die Respiration und wirkt energisch auf das Nervensystem ein. Wird angewendet in Lösung (1 : 10) oder in Kapseln à 0·25.

Phenalin-Tabletten enthalten je $^1/_2$ Dezigramm, nicht Gramm, Phenolphthalein, wie in Heft 4 irrtümlich angegeben war. F. L.

Serum artificiale Vandevelde. Natriumchlorid 3 g, Kaliumchlorid 3 g, Natriumkarbonat 2·5 g, Natriumphosphat 3 g, Kaliumphosphat 2 g, destilliertes Wasser bis zu 100 cm³. — (Giorn. di Farm. di Chim. 1905.)

Thiderol ist ein Guajakolpräparat schweizerischer Herkunft in Sirupform gegen Kehlkopf- und Lungenleiden.

Thiovinal besteht nach Angabe der chemischen Fabrik Erfurt aus: 6 g Guajakol, 20 g Extractum Thymi, 40 g Aq. dest., 34 g Syrupus comp. und wird bei Phthise u. s. w. empfohlen.

Trigemin*) entsteht durch Einwirkung von Butylchloralhydrat auf Pyramidon. Es stellt ein weißes Kristallpulver dar, ist in Wasser gut löslich, von reizlosem Geschmack und wird vom Magen gut vertragen. Wegen seiner analgetischen und sedativen Wirkung wendet man es bei Neuralgie des Trigeminus, verschiedene Arten von Zahnschmerz, Ohraffektionen, Okzipitalneuralgie etc. an. Dosierung: 0·5 bis 1·2 g. In den meisten Fällen genügt die mittlere Dosis von 0·75 g (je nach Bedarf einmal oder dreimal pro die), die als Pulver in Oblaten mit etwas Wasser genommen wird.

Veratrone (Parke, Davis & Co.) ist eine alkoholfreie, sterile, flüssige Zubereitung von Rhiz. Veratri viridis, mit 0·75% Chloretone zur Konservierung.

Vitose (Strohschein) eine Salbengrundlage aus Glyzerin-Oelalbuminat,

*) Ueber Trigemin wird nächstens in diesem Zentralblatt von Dr. Weißbart in München ausführlicher berichtet werden. F. L.

die mit Wasser und Oelen mischbar ist. — (Pharm. Post.)

Viferral. Ein verbessertes Chloralhydrat aus Chloral und Pyridin. In kaltem Wasser ist es nur langsam, in siedendem vollkommen löslich. Das weiße Pulver bei 153—155°. Es kommt in Tabletten zu 1 g in den Handel und ist nach Witthauer und Gärtner ein nicht ätzendes und ungiftiges Hypnotikum. Dosis 0·75—2 g. — (Ther. Monatsh. Nr. 3, 1905.)

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Mammal. Zusammensetzung: Getrocknetes und gepulvertes Kuheuter. 1 Teil Pulver = 8·75 Teilen frischer Substanz. — Anwendung: Bei Uterusfibromen, Menorrhagien und Metrorrhagien in Dosen von 0·3—0·6 mehrmals täglich. Auch in Tabletten à 0·1 g.

Medulla ossium rubra sicc. pulv. Zusammensetzung: Nach Merck, getrocknetes und gepulvertes rotes Mark der Rumpfknochen von Rindern. 1 Teil = 5 Teilen frischen Markes. — Anwendung: Bei Anämie, Chlorosis, perniziöser Anämie, Purpura haemorrhagica, Psychosen, Rachitis und Anaemia pseudoleukaemia infantum in Dosen von 0·2 mehrmals täglich. Auch in Tabletten.

Medulladen. Zusammensetzung: Ein aus Rinderknochenmark hergestelltes Extrakt. — Eigenschaften: Rotbraunes Pulver. — Anwendung: Bei Anämie und Chlorose, Neurasthenie, Gicht und Harngries empfohlen.

Orchipin. Eine italienische Spezialität in Form eines öligen Extraktes frischer Tierhoden. Es soll ein wirksames Antidot bei Atropinvergiftung sein, und bei Nervenerschöpfung und Neurasthenie mit Erfolg angewendet werden. — (Reforma med. 1905; Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8, 1905.)

Peptenzyme. Zusammensetzung: Getrocknete, gepulverte, behufs Konservierung mit Benzoelösung behandelte, wieder getrocknete und dann mit Milchzucker, Rohrzucker und Zitronensäure versetzte, aktive Teile von Verdauungsdrüsen (Magen, Pankreas, Speicheldrüsen, Brunners Drüsen, Lieberkühns Follikeln). — Anwendung: Als Verdauungspräparate, welche Fett, Stärke und Proteinstoffe ohne Zusatz von Säure oder Alkali verdauen sollen.

2. Nahrungs- und Genußmittel.

Ein neues Nährpräparat: Goldkorn.

Das „Goldkorn“ ist nach den Ergebnissen der Analyse des chemischen Laboratoriums von Dr. R. Fresenius als ein von unveränderter Stärke fast freies, vor allem an löslichen Kohlehydraten reiches, erhebliche Mengen verdaulicher Eiweißkörper enthaltendes Nährmittel zu bezeichnen. Es bietet also die Nährstoffe in einer leicht resorbierbaren Form dar. Der Gehalt an Mineralstoffen im ganzen und die gegenseitigen Verhältnisse derselben sind für ein derartiges Nährpräparat normal. Speziell ist unter den Mineralstoffen die Phosphorsäure hervorzuheben. Die Analysenergebnisse stehen durchaus im Einklang mit der Angabe, daß ein reines Pflanzennährpräparat vorliegt, welches lediglich aus Halmfrüchten ohne Zusätze von Surrogaten hergestellt ist. „Goldkorn“ ist ein Nährpräparat, welches namentlich dadurch ausgezeichnet ist, daß in ihm eine große Menge direkt ausnutzbarer Nährstoffe in einer ohne umständliche Zubereitung verwendbaren Form dargeboten wird.

Somatose.

Somatose wird aus Fleisch bereitet und enthält hauptsächlich jene Bestandteile desselben, welche wirklichen Nährwert besitzen; sie besteht beinahe ausschließlich aus Albumosen, also aus Eiweißkörpern, welche bereits das erste Stadium der Zerlegung hinter sich haben, sich leicht lösen und leicht assimilierbar sind; außerdem enthält die Somatose auch die wertvollen Nährsalze des Fleisches, unter anderen auch die für die Muskelbildung und Zellbildung so wichtigen Kaliumphosphate. Somatose wird gut aufgesogen; außer dieser Eigenschaft hat sie auch den großen Vorteil, daß sie geschmack- und geruchlos ist, wodurch sie



dem Kranken auch ohne dessen Wissen gegeben werden kann. Hager (Budapest) hat das Mittel in Anwendung gebracht bei Tuberkulose, bei aus verschiedenen Gründen aufgetretener Blutarmut, bei verschiedenen Magenleiden, inbesondere Magenatomie, Magenerweiterung und Fällen von Magenkrebs, endlich bei fiebernden Kranken und bei Rekonvaleszenten und hat befriedigende Resultate erzielt.*)

Milchsomatose.

Auf gleichem Wege wie die gewöhnliche Somatose aus Fleisch, wird aus der Milch die Milchsomatose hergestellt, welche die Eiweißkörper der Milch in der Form von Albumosen enthält nebst einem Zusatz von 5%igem Tannin, welches mit den Milchalbumosen in enge Bindung eingeht. Milchsomatose ist ein geschmackloses, geruchloses, gelbliches Pulver, welches sich in wässerigen Flüssigkeiten leicht löst; auch sonst verhält sie sich so wie die Somatose, von der sie durch einen geringeren Salzgehalt abweicht. Indikationen für ihre Verabreichung geben die chronischen Erkrankungen der Verdauungsorgane, wie sie besonders bei Blutarmut, Nervenleiden (nervöse Dyspepsie, Neurasthenie), bei Tuberkulose und Typhus häufig auftreten. Die Tagesdose beträgt 3—4 Kaffeelöffel und muß in vollkommen gelöstem Zustand gegeben werden. Da kleinere Einzeldosen in vollkommenerem Maße ausgenützt werden, ist die öftere Verabreichung in kleineren Mengen empfehlenswert. — (Med. Blätter, Nr. 19, 1904.)

3. Anderweitige Heilbehelfe.

(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

Die gichtigen Erkrankungen werden mit großem Erfolge nach Dr. Karl Hiß (Wien) mit Tesla-Strömen behandelt.

Die Wirkung der letzteren zerfällt in eine allgemeine und in eine lokale. Die Allgemeinwirkung besteht in einer Erhöhung des Stoffumsatzes, der Wirkung auf die Zirkulationsorgane und in einer erhöhten Oxydation des Blutes. Die Erhöhung des Stoffumsatzes kennzeichnet sich durch Abnahme des Körpergewichtes, Mattigkeitsgefühl nach einer längere Zeit fortgesetzten Durchströmung und durch die vermehrte Ausscheidung der stickstoffhaltigen Endprodukte des Harns, am erheblichsten im Anfange der Behandlung. Die lokale Wirkung der Tesla-Ströme besteht darin, daß sie eine Erschlaffung der Gefäßwände hervorrufen. Durch die Funkenentladung auf die Haut erbleicht diese infolge der Kontraktion der Kapillaren und der glatten Muskelfasern. Mit der fortschreitenden Applikation läßt der Krampf nach und macht einer Erweiterung der Gefäße Platz. Um diese Zeit tritt eine tiefe Rötung ein, welche ihr Maximum nach ungefähr 30 Minuten erreicht, gewöhnlich 3—8 Stunden nach der Sitzung anhält und mitunter noch am nächsten Tage sichtbare Spuren hinterläßt.

Die Anwendungsform besteht darin, daß der Patient mit Hilfe einer passenden Elektrode mit der freien Zentralwindung einer Tesla-Spule in Verbindung gebracht wird. Der Körper des Patienten wird nun zum Sitze von stationären Oszillationen, deren Perioden mit denjenigen der Starkstromleitung übereinstimmen. Es wird mit jedem Polaritätswechsel des Stromes geladen und entladen. An der Entladungstelle hat der Patient ein Gefühl wie von schwachen Nadelstichen. Bei akuter Gicht dürfen die Funkenentladungen nicht vorgenommen werden, da ein zu starker Strom von zu hoher Frequenz am Anfang der Behandlung einen Anfall auslösen kann. Die Elektrizität eliminiert mehr Harnsäure aus den Geweben als die Nieren zu sezernieren imstande sind; das Uebermaß verursacht einen akuten Gichtanfall. Vf. beginnt daher stets mit geringen Dosen, die er nach und nach steigert.

Anfangs genügt eine Behandlungsdauer von 6—10 Minuten, welche in den folgenden Sitzungen bis auf 30 Minuten ausgedehnt werden kann. Die Applikationen sind am Anfang täglich vorzunehmen,

*) Ich bediene mich gern der Somatose in solchen Fällen, wo außer einer roborierenden auch eine den Stuhlgang befördernde Wirkung erstrebt wird. F. L.

mit eintretender Besserung jeden zweiten Tag.

Die Tesla-Ströme steigern den Stoffwechsel und regen die Ernährung der Zellen an, was sich durch eine bedeutende Vermehrung der Eßlust und Verbesserung des Blutbefundes kundgibt. Als Nebenwirkung tritt die schlafmachende Wirkung oft in sehr überraschender Weise auf. — (Ther. Monatsber. Nr. 4, 1905.)

4. Rezeptformeln.

Starker Hustenreiz:

Rp. Tinct. Aconiti 2·0
Aq. Amygdal. 20·0
Sirup. Diacodii 100·0

D. S. Abends ein bis zwei Eßlöffel voll zu nehmen.

Asthma cardiale:

Rp. Pulv. fol. Digit. 1·5
Coffein. natr.-benz. 3·0
Pulv. rad. Rhei } āā q. s.
Extr. Gentian. }

ut. f. pilul. Nr. XXX.

D. S. In den ersten fünf Tagen dreimal täglich zwei, die nächstfolgenden zehn Tage zweimal täglich zwei und eventuell dann nochmals zehn Tage hindurch zweimal täglich eine Pille. — (A. Fränkel: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15, 1905.)

Chronischer Rheumatismus:

Rp. Liq. arsenical. Pearson 2·0
Natr. bicarbonic. 10·0
Natr. hydrojod. 5·0
Decoct. Sarsaparill. fort. ad 200·0

D. S. Dreimal täglich ein Eßlöffel voll nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Scharlach:

Rp. Ammon. sulfoichthyolic. 30·0
Aq. dest. 10·0

S. Dreimal täglich 15—20 Tropfen für Kinder von 5—8 Jahren, dreimal täglich 25 Tropfen für Kinder von 8—10 Jahren, dreimal täglich 35 Tropfen für Kinder von 12 und 13 Jahren, dreimal täglich 50—60 Tropfen für Erwachsene in Kapseln zu geben (das Ichthyol muß erst unmittelbar vor der Einnahme in die Kapseln hineingegossen werden, da es diese nach kurzer Zeit auflöst). — (Nasarow: Deutsche Med.-Ztg. Nr. 78, 1904.)

Harnsaure Diathese, Gicht, Nieren- und Blasensteine:

Rp. Lysidini bitartaric. 3·0
f. p. D. tal. dos. Nr. X.
S. 1—5 Pulver, in einem Glas Wasser gelöst, täglich zu nehmen.

Rp. Solut. Lysidini (50%) 20·0
Aq. dest. ad 150·0

M. D. S. Ein- bis fünfmal täglich ein Eßlöffel voll in kohlensaurem Wasser zu nehmen.

Gegen den Durst der Diabetiker:

Rp. Pilocarpin. nitric. 0·03
Glycerin. } āā
Gummi arab. }

G. d. f. pilul. Nr. XXX.
D. S. Dreimal p. d. eine Pille

oder

Rp. Pilocarpin. nitric. 0·05
Spirit. vin. dilut. 3·0
Aq. dest. 8·0

P. S. Vier- bis fünfmal täglich die Zunge mit 5—6 Tropfen dieser Lösung zu befeuchten.

Chlorose:

Rp. Ferripyrini 0·6
Sir. cort. Aurant. 20·0
Aq. dest. ad 200·0

M. D. S. Dreimal täglich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Hysterie:

Rp. Valylkapseln 25 Stück (Originalflacon).

S. Dreimal täglich 2—3 Kapseln zu nehmen.

Zur Behandlung Herzkranker:

Rp. Fol. Digital. pulv. } āā 1·5
Chinin. muriat. }
Extr. Strychn. spirit. 0·3—0·5

M. f. pilul. Nr. XXX.
D. S. Dreimal täglich 1—2 Pillen. — (Hecht: Ther. Mon.-H. 1904.)

Acne rosacea:

Rp. Balsam. peruv. } āā 3·0
Camphor. trit. }
Ungt. emollient. 30·0
M. f. ungt.
D. S. Nasensalbe.

5. Behandlungsmethoden.

Ueber die Verwendung des Aristolöls in der Augenheilkunde berichtet Dr. F. Daxenberger in Regensburg.

Er wandte das Aristolöl in einer Reihe von Fällen an, und zwar mit gutem Erfolg bei nachfolgenden Augenerkrankungen:

1. Bei fast allen entzündlichen Lidaffektionen, so bei den verschiedensten Blepharitiden nach Entfernung der kranken Cilien, nach Reinigung von Schuppen und Krusten (am besten mit H_2O_2), ferner bei Verbrennungen der Lider und Bindehaut, speziell auch nach Anwendung des Thermo- oder Galvanokauters oder stärkerer Aetzmittel zur Stillung der Schmerzen. In allen diesen Fällen ersetzt das Aristolöl die gewöhnlichen Lidsalben, ja übertrifft dieselben vielfach sogar an Wirkung, und zwar genügt hier das bloße Einstreichen von Aristolöl mittels steriler Gaze oder Watte zwischen die Lider (zweimal täglich), eventuell verbunden mit leichter Massage. In vielen dieser Fälle kann man auch zweckmäßig für einige Zeit (1/4—1/2 Stunde) Läppchen mit Aristolöl getränkt, auf die Lider auflegen lassen.

2. Bei gleichzeitig stärkerer Beteiligung der Bindehaut und Hornhaut oder bei alleiniger Affektion letzterer geht man besser, um eine gleichmäßige Verteilung zu erhalten, in geeigneten Fällen zu Instillationen mit Aristolöl über, welche sich dem Vf. ganz besonders bewährt haben bei der sogenannten skrofulösen Ophthalmie, namentlich bei der Konjunktivitis und Ceratitis phlyctaenulosa, und zwar gerade in den frühesten Stadien, wo die Reizmittel (Kalomel und gelbe Salbe) gewöhnlich schlecht vertragen werden. Man träufelt gewöhnlich 1—2mal täglich 2—5 Tropfen in den Bindehautsack und verreibt diese leicht mit Wattebäuschchen. Oft genug kann man sich bei diesen skrofulösen Augenerkrankungen der Kinder auf eine tägliche, wochenlang durchgeführte Aristoleinträufelung lediglich beschränken, und heilen viele schon durch diese einfachen lokalen Anwendungen bei entsprechendem allgemeinen diätetischen Regime. Begleitende Ekzeme des Gesichtes oder des behaarten Kopfes kann man auch gleichzeitig nach entsprechender Reinigung durch Auflegen von Aristollappen behandeln.

Auch in einem Falle von Episkleritis wirkten öftere Aristoleinträufelungen auffallend günstig, namentlich auf die Schmerzen.

3. Bei Epithelerosionen und oberflächlichen Hornhautgeschwüren traumatischer Natur konnte Vf. in einigen Fällen nach Aristoleinträufelung und Schlußverband ein rasches Nachlassen des Schmerzes und relativ rasche Epithelialisierung der Hornhaut konstatieren.

4. Als Mittel gegen Kalkverätzungen der Konjunktiva und Kornea sind Aristolölinstillationen nach gründlicher Reinigung immer angebracht und wirken sehr schmerzstillend und es ist möglich, ja wahrscheinlich, daß dadurch größere Verwachsungen und Trübungen verhütet werden können. So hat sich das Aristolöl in einer Reihe von Augenkrankheiten ganz gut bewährt. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, Nr. 10, 1904.)

In Anbetracht der sich in der letzten Zeit epidemisch über ganz Europa ausbreitenden Genickstarre **(Meningitis cerebrospinalis epidemica)** ist es wertvoll, die Erfahrungen eines Praktikers über die Therapie dieser Affektion kennen zu lernen. B. Kallmeyer (St. Petersburg) berichtet darüber in der „Deutschen med. Wochenschr.“, Nr. 16, 1905. Er stellt eine Reihe von Regeln auf und hat mit denselben, wie er angibt, auch in recht schweren Fällen Heilerfolge erzielt.

1. Bei reinen Fällen von Meningitis cerebrospinalis epidemica s. infectiosa sind Quecksilbereinreibungen, Chinin und andere Antifebrilia, sowie auch der Aderlaß unnütz. — 2. Blutegel sind nur in wenigen Fällen zulässig. — 3. Narkotika subkutan, speziell Morphium, können er-

forderlich sein; es ist jedoch besser, ohne sie auszukommen. — 4. Abführmittel, besonders Kalomel, können einmal, bei Beginn der Erkrankung, verordnet werden; bei weiterem Verlauf, falls nötig, nur Klysmata. — 5. Innere, jedoch noch besser subkutane Anwendung von Arsen ist unschädlich und nützlich. Sie muß von dem Moment beginnen, wo die Krankheit erkannt ist. Die Dosen sind beständig zu steigern. Leichtes Fieber gilt nicht als Kontraindikation. — 6. Mit der Verordnung von warmen Bädern (26—28° R.) mit Uebergießungen von 25—26° R. muß möglichst früh begonnen werden. Sie werden nach Maßgabe nicht häufiger als einmal täglich wiederholt. Vier Diener stellen sich an die Füße des Krankenbettes, ergreifen je einen Zipfel des Unterlakens und heben dasselbe mitsamt dem Kranken in das Bad, wo derselbe 8—15 Minuten, auf dem Laken schwebend, verweilt und dann in derselben Weise zurückgetragen wird. — 7. Die Erhaltung der Herztätigkeit durch Kampferinjektionen ist durchaus notwendig. — 8. Auf eine zweckmäßige und kräftigende Ernährung des Kranken ist die größte Aufmerksamkeit zu richten.

6. Varia.

Eine neue Arzneitaxe für das k. und k. Heer. Eine Zirkularverordnung des Reichs-Kriegsministeriums vom 13. März 1905, Abt. 14, Nr. 325, lautet: „Das Dienstbuch N—7 „Arzneitaxe für das k. u. k. Heer" wird in Neuauflage ausgegeben. Die Taxe tritt mit 1. Mai 1905 in Wirksamkeit, dagegen wird mit demselben Tage die „Arzneitaxe für das k. u. k. Heer vom Jahre 1903" samt dem 1. Nachtrag außer Kraft gesetzt und ist zu vernichten. Ritter v. Pitreich, m. p., Feldzeugmeister."

Einführung einer einheitlichen deutschen Arzneitaxe.

Zufolge einer unter den Bundesregierungen getroffenen Vereinbarung ist vom 1. April ab in den Bundesstaaten eine gleichartige Arzneitaxe eingeführt worden. Den Bundesregierungen ist ausdrücklich überlassen, einen etwaigen Nachlaß für Arzneilieferungen an öffentliche Anstalten, an Kassen und an solche Vereine und Anstalten, welche der öffentlichen Armenpflege dienen, sowie für Tierarzneien vorzuschreiben. Die Grundsätze sollen auch von Zeit zu Zeit einer Prüfung unterzogen werden, und es liegt, wie der Staatssekretär des Innern am 2. März erklärt hat, „gar kein Bedenken vor, bei der erneuten Prüfung auch Vertreter der Krankenkassen mit ihren Gutachten zu hören".

Die amtliche Ausgabe der deutschen Arzneitaxe wird im Verlage der Weidmann'schen Buchhandlung in Berlin erscheinen und durch den Buchhandel zu beziehen sein.

Bücher-Anzeigen.*)

Grundriß der medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten, einschließlich Grundzüge der Diagnostik. Von Dr. Rodari. Wiesbaden 1904. Verlag von Bergmann. Preis 3·60 Mark.

Es kann ohne weiteres zugegeben werden, daß ein Bedürfnis nach einem handlichen Werk über das Titelthema bestand. Das vorliegende Büchlein hat somit eine Lücke ausgefüllt. Vf. gibt eine systematische, aber durchaus nicht schablonenhafte Darstellung der Anwendung der Medikamente bei den Krankheiten des Magen- und Darmtraktus. Bei jedem Krankheitsbild wird in gedrängter Form derjenige Symptomenkomplex angeführt, der eine symptomatische Therapie erfordert. Auch die kausalen und spezifischen Indikationen werden besprochen. Es folgt die Erörterung der allgemeinen Gesichtspunkte der medikamentösen Therapie und der verschiedenen Heilmittel. Bei der Besprechung der chronischen Gastritistherapie erwähnt Vf. auch die Dyspeptine und die Arbeit aus der Noordenschen Klinik, die diesem Erzeugnisse französischer Provenienz bei uns Eingang verschafft

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

hat. Für eine Neuauflage des für den Praktiker sehr wertvollen Buches empfiehlt Ref. dem Vf. darauf hinzuweisen, daß diese Dyspeptine nach den Erfahrungen und chemischen Untersuchungen von Fritz Loeb ein absolut wertloses Präparat ist, das sich nicht nur durch den vollen Mangel aller derjenigen Eigenschaften, die an ein brauchbares Stomachikum und Antigastritikum gestellt werden müssen, sondern auch durch einen ungebührlichen Preis auszeichnet.

Es kann jedem Kollegen die Anschaffung des inhaltsreichen, billigen Buches aufs wärmste anempfohlen werden.

Dr. Fritz Loeb, München.

Fuß und Schuh. Eine Abhandlung für Aerzte, für Schuhmacher und Fußleidende. Von Dr. A. Schanz. 51 Seiten, mit 24 Abbildungen im Text. Stuttgart 1905. Verlag von Ferdinand Enke. Preis 1·20 Mark.

Einen in der Dresdener Schuhmacherinnung gehaltenen Vortrag über das Thema „Fuß und Schuh" gibt hier Sch. in Form einer Monographie heraus. Ausgehend vom primitiven Schuh, schildert er die verschiedenen Zwecke der Fußbekleidung erstens als Schutzmittel gegen Schmutz, Nässe, Kälte, Verletzungen u. s. w., zweitens als Mittel dazu, die spezifische Leistungsfähigkeit des normalen Fußes zu erhöhen, und drittens als Hilfs- und Heilmittel bei pathologischen Füßen. Der Vf. beschreibt die mannigfachen Form- und Gestaltveränderungen, die der Fuß des Menschen in der kulturellen Entwicklung je nach seiner Bekleidung und Inanspruchnahme durchgemacht hat und noch durchmacht, und betont besonders die große Bedeutung des mit einem Absatz versehenen Schuhes für die Elastizität und Ausdauer des Ganges. Die charakteristischen Eigenschaften, die den modernen Schuh von dem primitiven Schuh unterscheiden, sind keine Zufälligkeiten, auch keine Modetorheiten, sondern durchaus zweckmäßig zur Erfüllung der durch die Kulturentwicklung erhöhten Anforderungen an den Fuß; die Kleiderreformer, die uns wieder mit der Sandale beglücken möchten, befinden sich also im Irrtum. Nachdem Vf. die Schädigungen beschrieben hat, die der Fuß durch unzweckmäßige Bekleidung zu erleiden hat, verteidigt er den modernen Schuh gegen ihm mit Unrecht vorgeworfene Schädigungen des Fußes. So stellt Vf. fest, daß der Hallux valgus, für den man bisher meist zu enges, spitzes Schuhwerk verantwortlich machen zu müssen glaubte, am häufigsten bei Leuten vorkommt, die nie zu enges Schuhwerk getragen haben oder die gar den Schuh überhaupt nur vom Sehen kennen. Ebenso sind die gekrümmten, leicht eingeschlagenen Zehen, wie Studien an den Füßen von Naturvölkern ergeben, nicht etwa durch das Schuhwerk entstanden, sondern diese sind die normalgeformten Zehen, während die lang ausgestreckten Zehen als pathologisch, als eine Teilerscheinung des Plattfußes anzusehen sind.

Die Aetiologie und Entwicklung des Plattfußes und die Beschuhungskunst dieses pathologischen Fußes behandelt Vf. ausführlich und instruktiv.

Klar, Heidelberg.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Die malignen Geschwülste im Kindesalter. Von Steffen. Stuttgart 1905. Verlag von F. Enke. Preis 8 Mark.

Riedels Berichte. Riedels Mentor. 49. Auflage. Berlin 1905.

Bericht von Schimmel & Co. 1905. III. Heft.

Methodisches Kommandieren als Mittel zur Kräftigung der Stimme. Von Witt Huberts. Leipzig 1904. Verlag von Looy. Preis 1 Mark.

Die Infektionskrankheiten rücksichtlich ihrer Verbreitung, Verhütung, Bekämpfung. Von Dr. Ludwig Kamen, k. k. Ober-Stabsarzt. (Militärärztliche Publikationen Nr. 83.) Lieferung 1. Wien 1905. Verlag von Safar. Preis K 1·80 = Mark 1·50.

Tracheobronchoscopie et Oesophagoscopie. Von Guisez. Paris 1905. Verlag von Bailliere et fils.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. Von P. v. Baumgarten und F. Tangl. XVIII. Leipzig. Verlag von S. Hirzel.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Ein Beitrag zur Heilung der Pellagra.

Von Dr. **Karl Hoch** in Zágor (Rode).

Da in diesem Jahre die Pellagra in unserem Staate häufiger aufgetreten, als bisher, so halte ich es für eine Pflicht, meine langjährigen Erfahrungen bezüglich der Heilung dieser Krankheit mitzuteilen, deren Ursache noch nicht festgestellt ist.

Die Symptome dieser Krankheit, welche bekannt sind, will ich nur streifen und mein Hauptaugenmerk auf die Heilung derselben richten. Die Pellagra äußert sich bekanntlich oft in Schwindel, Verdauungsstörungen, Schwäche, geistiger Niedergeschlagenheit, auch ist meist die Sehkraft geschwächt. Die Kranken sagen: sie sähen undeutlich, wie durch ein Sieb. Dazu gesellt sich eine rosenartige oder bräunliche Entzündung der Haut, welche vorzüglich an dem Hand- und Fußrücken sichtbar ist.

Diese Entzündung entsteht gewöhnlich im Frühling und verschwindet allmählich im Herbst wieder, um im nächsten Frühling wiederzukehren. Oft sieht die Haut an diesen Stellen pergamentartig aus, oder ist oft rissig, rauh oder auch mit Pusteln bedeckt.

Die Pellagra tritt von Jahr zu Jahr bei dem betreffenden Kranken immer bösartiger auf, falls keine ordentliche Behandlung stattfindet und in den meisten Fällen werden dann die Kranken geistesgestört.

Was die Behandlung der Pellagrakranken anbelangt, so kann man diese Kranken in den meisten Fällen heilen, falls sich dieselben nicht zu spät einer ärztlichen Behandlung unterziehen und falls sie Ausdauer genug haben, einer länger dauernden Kur nicht müde zu werden. Es ist aber eine länger dauernde Kur notwendig, so etwa wie bei der Syphilis.

Ein vorzügliches Mittel, um die Pellagra heilen zu können, ist das Kalium bichromicum (rubrum), auch Kali chromicum rubrum genannt. Dieses Mittel wird in kleinen Dosen gegeben, weil es sonst Ekel erregt. Ich verordne gewöhnlich dieses Medikament für eine noch ziemlich kräftige Person, indem ich in 300 g Aqua destillata 15 cg Kalium bichromicum auflösen lasse. Von diesem Medikament lasse ich den Kranken morgens und abends je einen Eßlöffel voll einnehmen, und zwar wird jeder Eßlöffel hievon, mit etwa einem halben Weinglase Wasser oder Zuckerwasser verdünnt, eingenommen. Nach dem Einnehmen ist der Löffel mit Wasser zu reinigen.

Diese Medizin darf niemals nüchtern eingenommen werden, sondern in der Früh soll der Kranke vorher wenigstens etwas Brot essen. Abends kann die Arznei auch vor dem Abendessen eingenommen werden. Diese Medizin ist etwa auf 14 Tage berechnet.

In der Umgebung dieses Ortes, wo ich die ärztliche Praxis ausübe, benützen die Landleute (bei welchen meist die Pellagra vorkommt) zum Essen, also auch zum Einnehmen der Medikamente, gewöhnliche Blechlöffel, welche nur etwa 10 g Flüssigkeit halten. Werden also vielleicht anderwärts größere Eßlöffel bei dem Landvolke benützt, so muß der Arzt dieses in Betracht ziehen.

Die Kur muß jährlich 3—5 Monate dauern, selten länger und es ist am besten, die Behandlung schon im März zu beginnen. Nach jedem Einnehmen der obengenannten 300 g enthaltenden Medizin lasse ich vier Tage nichts einnehmen und dann wird erst wieder mit der Kur begonnen. Wohnt ein Kranker in einem vom Arzt ziemlich entfernten Orte, so verordne ich obige Medizin noch einmal so stark. Ich verordne also auf 300 g Aqua destillata 30 cg Kalium bichromicum und lasse von dieser Arznei morgens und abends nur je einen halben Eßlöffel einnehmen. Na-

türlich ebenfalls so verdünnt, wie angegeben wurde. Diese Arznei reicht etwa vier Wochen aus. Darauf folgt eine achttägige Pause, dann wird wieder repetiert.

Es ist erwünscht, den Kranken wenigstens alle vier Wochen wieder zu sehen und zu untersuchen.

Manche Kranken vertragen aber dieses Mittel selbst in dieser Verdünnung nicht, sie bekommen Brechreiz. In diesem Falle ist es dann notwendig, nur 7 cg Kalium bichromicum auf 300 g Aqua destillata zu verordnen und davon täglich zwei Eßlöffel voll einnehmen zu lassen. Ist der Kranke schwächlich, so ist es angezeigt, schon von allem Anfang an dieses Medikament nur in dieser schwächeren Form zu geben.

Bei manchen Pellagrakranken geht die Heilung schneller vonstatten, wenn obiger Medizin 4—7 cg Mercurius sublimatus corrosivus zugesetzt werden. Ich tue dieses sehr oft.

Endlich gibt es solche Kranke, welche das Kalium bichromicum durchaus nicht vertragen, selbst in größter Verdünnung nicht. Diesen Kranken muß man eine Jodarznei geben, weil auch eine Behandlung mit Jod bei der Pellagra günstig wirkt, wenn auch nicht so kräftig wie Kalium bichromicum. Die Jodbehandlung hat auch noch den Nachteil, daß sie kostspieliger ist, was für die ärmere Landbevölkerung von nicht geringer Bedeutung ist.

Ich pflegte für eine noch ziemlich kräftige kranke Person eine Jodarznei so zu verordnen, daß auf 300 g Aqua destillata 7 g Kalium jodatum und 7 cg Jodum purum kommen. Von dieser Medizin lasse ich ebenfalls täglich zwei Eßlöffel voll mit Wasser verdünnt einnehmen und ebenfalls niemals auf nüchternen Magen.

Auch zu dieser Medizin lasse ich oft 4 cg Hydrargyrum bichloratum corrosivum zusetzen.

Einige Kranke, welche ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, haben schon seit längerer Zeit Durchfall und sind infolgedessen sehr entkräftet. Bei diesen Kranken muß zuerst der Durchfall behoben werden und dann erst darf die eigentliche Behandlung beginnen.

Mittel gegen den Durchfall besitzen wir sehr viele und jeder Arzt wird dasjenige Mittel anordnen, welches er für den betreffenden Kranken für das vorteilhafteste hält. Mir hat sich in den meisten Fällen gut bewährt eine Mischung von Argentum nitricum und Tinctura Ratanhae. Argent. nitric. pro die etwa 1 cg und Tinct. Ratanhae pro die 5—15 Tropfen.

Alle meine angegebenen Mittel können natürlich unter Umständen entweder in etwas stärkeren oder etwas schwächeren Gaben verordnet werden, weil der Arzt immer individualisieren muß, aber es ist anzuraten, lieber mit schwächeren Gaben den Anfang zu machen, bis man sieht, wie der Kranke das Mittel verträgt.

Auch auf die Hautpflege der Pellagrakranken muß Rücksicht genommen werden. Da man aber die Landleute sehr schwer dazu bewegen kann, öfters Bäder zu gebrauchen, so soll man mindestens fest darauf bestehen, daß in einer Woche wenigstens einmal ein lauwarmes Bad angewendet und der Körper gut mit Seife abgerieben werde. Ist jemand in einer besseren materiellen Lage und kann sich in einer Wasserheilanstalt rationell behandeln lassen, so ist es desto besser. Die obgenannte Behandlung muß natürlich damit Hand in Hand gehen.

Es kommt zwar vor, daß eine einzige Kur mit Kalium bichromicum, welche aber, wie ich bemerkte, mehrere Monate dauern muß, einen solchen Erfolg hat, daß die Krankheit nicht mehr wiederkehrt. Darauf soll man sich aber nicht verlassen. Sehr oft kehrt die Krankheit im nächsten Frühling wieder, wenn auch in milderer Form oder die Krankheit kehrt zwar nicht zurück im nächsten Jahre, aber im zweiten Jahre nach der Behandlung. Es ist also angezeigt, um sicher zu gehen, den Kranken ans Herz zu legen, sie mögen im nächsten Frühling wieder beim Arzt erscheinen und sich wieder eine Zeitlang behandeln lassen, selbst wenn keine Symptome der Krankheit zu sehen wären. Es ist nötig, daß die Behandlung in 3—4 Jahren einige Monate hindurch stattfinde. Die Pellagra ist eine chronische Krankheit und muß auch chronisch behandelt werden, ähnlich wie die Syphilis, wie ich oben bemerkte. Bei einer mehrjährigen Behandlung kann

man sich überzeugen, daß die allermeisten Kranken wieder die volle Gesundheit erlangen.

Die äußerliche Behandlung der geröteten Hand- und Fußrücken ist insoweit nicht zu vernachlässigen, als man hiemit wenigstens die Schmerzen lindern kann. Aermeren Kranken gebe ich den Rat, sie sollten sich zu Hause selbst eine Salbe bereiten und dazu einen Teil gelbes Wachs und etwa 4—5 Teile reines Schmalz, oder reine Butter, oder irgend ein billiges, aber frisches Oel nehmen, etwa Leinöl oder Sesamöl. Ist der Kranke mehr bemittelt, so verordne ich eine Zinksalbe, welche auch etwas Kampfer enthält. Ist die Haut aufgesprungen, so können der Zinksalbe einige Tropfen peruvianischer Balsam beigemischt werden. Anstatt dieser Zinksalbe kann auch eine schwache Chinosolsalbe bei aufgesprungener Haut angewandt werden. 1 g Chinosolum auf 100 g Axungia porci und 30 Tropfen Balsamum peruvianum.

Mit diesen Mitteln werden wenigstens abends die betreffenden leidenden Teile eingerieben und dann mit reinen Tüchern umwickelt, oder, was bezüglich der Hände noch besser ist, es werden einfache Handschuhe, aus Leinwand verfertigt, angezogen. Diese letzteren Handschuhe kann jede Bauersfrau selbst machen. Wenn die Kranken aufs Feld gehen und ländliche Arbeiten verrichten, wie das sehr häufig vorkommt, sollen sie die bloßen Hände und Füße dem Sonnenlichte nicht aussetzen, sondern ebenfalls mit Tüchern, Handschuhen u. s. w. bedecken.

Manchem Leser dieses Aufsatzes wird es vielleicht aufgefallen sein, daß ich die Einzelheiten so genau angegeben, ich hielt es aber für zweckmäßig, jeder Undeutlichkeit vorzubeugen.

Was die Nahrungsmittel anbelangt, welche die Pellagrakranken genießen sollen, so muß mit den Nahrungsmitteln der ländlichen Bevölkerung gerechnet werden. Diejenige Nahrung, an welche die Landbevölkerung gewohnt ist, bei der soll man sie lassen und nur soviel bemerken, daß schwer verdauliche, sehr sauere und fette Speisen zu meiden seien und daß womöglich auch Speisen aus Maismehl bereitet, so wenig als möglich zu genießen seien. Sind die Kranken aber auf diese letztere Nahrung angewiesen, so sollen sie darauf aufmerksam gemacht werden: den Mais zuerst zu waschen, dann abtrocknen zu lassen und dann erst der Mühle zu übergeben. Vergeblich wird der Arzt einen guten, saftigen Braten anraten, wenn man denselben nicht herbeischaffen kann.

Als Getränke ist reines Wasser anzuraten, doch kann hin und wieder auch etwas guter Wein oder etwas Rum gestattet werden bei solchen Kranken, welche an alkoholische Getränke gewöhnt sind, nur muß ausdrücklich betont werden, daß täglich nur so — oder soviel erlaubt sei.

Mögen die Herren Kollegen diese Behandlungsweise ebenfalls anwenden, denn sie kommt billig zu stehen, ist für die ärmeren Volksklassen wie geschaffen und ist dabei wirksam, was die Hauptsache ist!

Ueber die sogenannten anämischen akzidentellen Herzgeräusche.

Von Prof. Dr. **S. E. Henschen** in Stockholm.

(Schluß.)

Gautier beabsichtigte nicht, wie es scheint, diesen Zusammenhang zu untersuchen, sondern den Zusammenhang zwischen dem Grade der Anämie und dem der Herzgröße. Indessen geht aus seinen Untersuchungen, so viel ich finden kann, eine neue Tatsache hervor, nämlich ein inniger Zusammenhang zwischen Herzgröße und Stärke des Geräusches — was er nicht gesucht zu haben scheint.

In der folgenden Tabelle habe ich seine Fälle zusammengestellt (Deutsch. Arch. f. klin. Medizin, Bd. 62, S. 128 ff.).



A. Größere Verminderung des Herzens, wenigstens 2 cm links.

Nr. des Falles	Alter, Jahre	Zeit der Untersuchung	Befinden		Geräusch Herz	Geräusch Gefäße	Herzgröße rechts cm	Herzgröße links cm	Blut Körper	Blut % Hämoglob.
1	17	6. Sept.	Schwäche	Dyspnoe; Herzklopfen	systol. Blasen an Pulm.	Nonnengeräusch	5	13	2·5	40
		5. Dez.	Besserung	keine Dyspn. oder Herzkl.	kein Geräusch	kein	5	10	4·3	80—85
2	19	28. Okt.	Schwäche	Dyspnoe; Herzpalp.	systol. Ger. überall, bes. an Pulm. u. Stern.	Nonnengeräusch	4·5	11	2·7	30
		21. Dez.	gut	keine Dyspn. od. Herzpalp.	kein Geräusch	kein	4·5	9·5	5	95
3	21	19. Febr.	Schwäche	Dyspnoe	systol. Blasen überall, bes. an Pulm. und Stern.	Nonnengeräusch	5	12	2·8	25—30
		19. März	gut	kaum Dyspn. und Herzpalp.	nicht konstantes und sehr schwaches Ger.	kein	3·5	9·5	5·1	90—95
5	20	22. Okt. 1892	Schwäche	Dyspnoe; Palpit.	systol. Geräusch an der Spitze und Basis	Nonnengeräusch	5	13	2·1	25
		7. Febr. 1893	Besserung 20. Dez. 1892	?	kein Geräusch	kein	5·5	11 später 9·5	4·4	75
6	25	17. Sept.	Schwäche	Dyspnoe; Palpit.	systol. Ger. überall, am lautesten a. d. Basis	Nonnengeräusch	5	18	2·4	35
		1. u. 16. Oktober	Besserung	?	kein Geräusch	kein	4·5	13	5·6	90
7	26	5. Nov. 1896	Schwäche	Dyspnoe; Palpit.	lautes Blasen überall, bes. a. d. Spitze u. Pulm.	Nonnengeräusch	6	15·5	1·7	20
		20. Jänner 1897	gut	keine Dyspn. oder Palpit.	leises Blasen an Pulm.	kein	4	11	4·7	90
8	20	13. Jänner	Schwäche	Dyspnoe; Palpit.	systol. Geräusch an der Spitze und Pulm.	Nonnengeräusch	4	13	4·3	35
		28. Febr.	Besserung	keine Dyspn. oder Palpit.	kein Geräusch	kein	4	10·5	4·8	90
10	28	17. Febr.	schwach	Dyspnoe; Palpit.	systol. Blasen an der Spitze und Pulm.	Nonnengeräusch	4·5	14	3·6	30
		4. Mai	kräftiger	?	kein Geräusch	kein	4·5	12	5·2	82
12	19	26. Febr.	schwach	Dyspnoe; Palpit.	systol. Blasen an Pulm.	Nonnengeräusch	1·5 u. rechts	2 links v. M. L.	3·1	27
		31. März	besser	keine Dyspn. oder Palpit	kein Geräusch	kein	1·5	bis M. L.	5·2	66



Nr. des Falles	Alter, Jahre	Zeit der Untersuchung	Befinden		Geräusch		Herzgröße		Blut	
					Herz	Gefäße	rechts cm	links cm	Körper	% Hämoglob.
B. Geringere Verminderung, bis 1 cm.										
4	16	30. Sept.	schwach	Dyspnoe; Palpit.	systol. Blasen an Pulm.	Nonnengeräusch	4·5	12	3·2	25
		14. Nov.	gut	keine Dyspn. oder Palpit.	schwach. Blasen an P. und S.	kein	4·5	11—11·5 später 9·5	5·2	95
9	18	23. Jänner	schwach	Dyspnoe	leises, systol. Blasen an der Spitze und Pulm.	Nonnengeräusch	6	12	4·3	50
		17. März	gut	?	kein Geräusch	?	5	11	6·4	105
11	27	31. Jänner	schwach	Dyspnoe; Palpit.	leises, systol. Blasen überall, deutl. an Pulm.	Nonnengeräusch	5	14	2·6	40
		1. März	besser	keine Dyspn. oder Palpit.	kein Geräusch	kein	4	3	4·2	75—80
C. Keine Verminderung links oder sehr geringe.										
13	20	6. Februar	schwach	Dyspnoe; Palpit.	systol. Blasen, intensiv an der Basis	Nonnengeräusch	5·5	14	2·1	23
		22. April	gut	keine Dyspn. oder Palpit.	leises Blasen an der Basis	?	4	14	5·1	80
15	24	24. Jänner	matt	Dyspnoe; Palpit.	systol. Blasen überall, besonders an der Basis	Nonnengeräusch	4·5	11	2·8	25—30
		4. April	gut	keine Dyspn. oder Palpit.	schwaches Geräusch an der Basis und Pulm.	kein	4·5	10·5	4·8	90
16	18	7. Sept.	Ohrensausen	Dyspnoe; Palpit.	leichtes, syst. Hauchen an der Basis	Nonnengeräusch	4·5	11	3·1	36
		6. Oktober	besser	Palpit. selten	kein Geräusch	kein	4·5	10·5	4·6	88
		29. Okt.	schwach	Dyspnoe; Palpit.	systol. Blasen überall	Nonnengeräusch	4·5	11	4	35—40
		19. Dez.	gut	geringe Dyspn. und Palpit.	kein Blasen	kein	4·5	11	4·6	80
17	19	2. Nov.	schwach	Dyspnoe; Palpit.	systol. Blasen an Pulm.	Nonnengeräusch	4·5	14	3·9	40
		23. Dez.	besser	?	leises Blasen an Pulm.	kein	4·5	14	5·2	98
22	17	20. Okt.	Dyspepsie	?	systol. Blasen an Pulm.	?	—	bis M. L.	3·6	60
		9. Dez.	keine Dyspepsie	?	kein Blasen	?	—	bis M. L.	4·5	90

Genügende Auskünfte fehlen in den Fällen 14, 18, 19, 20 und 21 über die Verminderung etc.

Die Gruppe A umfaßt neun Fälle, in welchen das Herz erweitert war und bei der Besserung des Patienten bedeutend, wenigstens 2 cm, vermindert wurde; in der Gruppe B finden sich drei Fälle mit geringer Verminderung und in der Gruppe C fünf Fälle mit geringer oder ohne Verminderung des Herzens. Endlich bemerke ich, daß in fünf Fällen Angaben über Verminderung fehlen, weshalb diese Fälle hier weggelassen sind.

Die Resultate, welche aus der Tabelle Gautiers hervorgehen, sind interessant — und umsomehr, als der Verfasser keine Schlüsse in Bezug auf das Verhältnis zwischen Herzgröße und Geräusch gemacht, vielleicht diesen Zusammenhang nicht geahnt hat.

In der ersten Gruppe (A), welche neun Fälle enthält, wo sich das Herz in allen Fällen bedeutend und wenigstens um 2 cm nach der Eisentherapie zusammengezogen hat, ist das vorhandene Geräusch in allen Fällen verschwunden, ausgenommen im Falle 3, wo das früher überall hörbare Geräusch nach einem Monate als ein nicht konstantes und sehr schwaches Geräusch bezeichnet wird, und im Falle 7, wo anfangs, 5. 11. 1896, das Geräusch als ein „lautes Blasen überall“, besonders über der Spitze und der Pulmonalarterie, gehört wird und 20. 1. 1897 als „leises Blasen“ über der Pulmonalarterie. Nach den angeführten Maßen war das Herz nach der Eisenbehandlung als etwa normal zu bezeichnen (bis 10—13 cm von der Mittellinie).

In der zweiten Gruppe (B) sind diejenigen drei Fälle zusammengestellt, welche eine geringere Zusammenziehung, von etwa 1 cm, darboten. In zwei von diesen verschwand das Geräusch, in einem wurde ein systolisches Blasen in ein „schwaches Blasen“ verwandelt.

In der dritten Gruppe (C) finden sich fünf Fälle, wo eine Verminderung der Herzgröße nicht eintrat (drei Fälle) oder selbe eine sehr geringe (zwei Fälle) war. In jenen verschwand das Geräusch in zwei Fällen und wurde geschwächt in einem Falle, in diesen wurde es geschwächt in den beiden Fällen.

Als Schlußresultat kann man zwar mit der Verbesserung des Blutes eine durchgehende Verminderung des Geräusches anführen, aber am konstantesten verschwand das Geräusch in der Gruppe A (nämlich in sieben Fällen von neun), weniger konstant in der Gruppe B (in zwei Fällen von drei), am wenigsten in der Gruppe C (zwei Fälle von fünf).

Indessen deuten die Untersuchungen Gautiers darauf hin, daß nicht nur die Größe des Herzens das maßgebende in Bezug auf das Geräusch ist, sondern daß auch die Blutbeschaffenheit einen gewissen Einfluß auf das Auftreten des Geräusches hat, und zwar aller Wahrscheinlichkeit nach bringt die Verbesserung des Blutes auch eine Kräftigung der Herzkontraktion mit sich, welche ohne Zweifel nicht ohne Einfluß auf die Schlußfähigkeit des Klappenapparats sein dürfte.

Was die Zuverlässigkeit dieser Beobachtungen betrifft, muß ich bekennen, daß es mir nicht gelang, so schöne und auffallende Resultate hinsichtlich der Verminderung des Herzens durch Eisentherapie zu erringen.

Aus allen diesen Beobachtungen scheint es mir hervorzugehen, daß die Dilatation im Kausalzusammenhang mit dem Geräusche steht. Daß auch die Kraft der Herzkontraktion eine Rolle spielt, ist wohl außer Zweifel.

Fragt man aber nach der Ursache der Dilatation, so könnte ich auf meine oben zitierte Schrift hinweisen und führe hier nur an, daß die Anämie eine Erschlaffung und eine Nutritionsstörung des Herzmuskels verursacht, welche zu Dilatation führt. Bessert sich die Ernährung, so wird seine Kraft vermehrt, und das Herz kann sich zusammenziehen. Außerdem kommen verschiedene Faktoren hinzu, welche dehnend auf das Herz wirken, und zwar vor allem zu große Ansprüche, welche an das Herz gestellt werden. In meiner Schrift habe ich hervorgehoben, wie gedehnte Herzen, besonders bei jungen Dienerinnen, angetroffen werden, welche zu früh in Dienst gekommen waren und dabei schwere Lasten, wie

Wasserkrüge und dergleichen, oder Kinder trugen, gröbere Landarbeit ausführten u. s. w. In vielen Fällen fanden sich Dyspepsien (besonders Magengeschwüre, Intestinalkatarrhe), wo auch wahrscheinlich eine intestinale Autointoxikation zur Schwächung des Herzens beigetragen haben dürfte.

Außerdem ist die Anämie oftmals von einem niedrigen Blutdruck begleitet, wodurch die Klappen nicht gehörig aneinander gepreßt werden.

Alle diese Umstände wirken zusammen und rufen eine Insuffizienz der Klappen hervor. Aber diese Insuffizienz ist eine nur gelinde und kurzdauernde, besonders in denjenigen Fällen, wo die Dilatation eine geringfügige ist. Auch ist dann das Geräusch ein kurzdauerndes und leises.

Der rekurrente Strom ist überhaupt von kurzer Dauer. Am Schlusse der Herzkontraktion stoßen die Klappen wahrscheinlich mit ihren Rändern zusammen und schließen genügend. Der Strom ist nur schwach, denn die Kontraktion ist schwach und die Blutmenge vermindert. Infolgedessen ist die Wirbelbewegung nicht kräftig. Dadurch erklären sich die Charaktere des anämischen Geräusches, welches weich, hauchend, schwach und kurzdauernd ist und sich nicht über eine große Fläche fortpflanzt. Ist aber die Vergrößerung weiter getrieben und zugleich die Kraft des Herzens größer, wie bei Hypertrophie, dann ändert auch das Geräusch seinen Charakter; es wird rauh, kräftig und über eine größere Fläche des Herzens hörbar.

Im Wechsel der Stärke der Kontraktionen und des Blutdruckes liegt die Erklärung der Variation des Geräusches.

Eine geringe Dilatation des Herzens kann auch mit normaler Größe wechseln; ein weiches Geräusch wechselt dann mit reinen Tönen. Dieser Wechsel kann selbst momentan sein und trifft nur das weiche, schwache Geräusch. Bisweilen bemerkt man größere momentane Aenderungen in Verbindung mit tachykardischen Anfällen.

Daß das Geräusch am besten im zweiten linken Interstitium gehört wird, ist leicht zu erklären. Ueber das Puntum maximum gehen noch die Anschauungen auseinander. Nach den meisten Beobachtern wird es am lautesten über dem Pulmonalostium gehört oder im zweiten linken Interstitium ganz am Sternalrande; daher die Pulmonaltheorie. Nach Balfour ist es am lautesten „$1^1/_2$ inch“ mehr lateralwärts, und zwar über dem linken Herzohr. Selbst höre ich es gewöhnlich am besten über der Insertion des dritten Rippenknorpels, wohin auch mehrere andere Beobachter es verlegen. Dieser Punkt entspricht genau der anatomischen Lage des Mitralostiums. Das Pulmonalostium liegt ein wenig höher und mehr medial.

Es erklärt sich also ohne Schwierigkeit, warum das Geräusch hier gehört wird. Und diese Erklärung gewinnt an Wahrscheinlichkeit durch die Beobachtungen Curschmanns. Nach diesem Forscher wird auch das organische Geräusch hier, an der Basis des Herzens, am lautesten gehört, aber nur im Anfang der Ausbildung der Mitralinsuffizienz, ehe sich die Hypertrophie der rechten Kammer ausgebildet hat. Später, mit der Ausbildung und dem Fortschritte dieser Hypertrophie, werden das Mitralostium und der linke Vorhof nach hinten gedrängt; die Herzspitze liegt dann dem Brustkorb näher als das Mitralostium, und hier wird folglich das Geräusch am lautesten gehört.

Bisweilen wird auch das organische Geräusch im zweiten linken Interstitium am deutlichsten gehört, weil nach Naunyn das Ohr des Vorhofes hier nahe der Brustwand liegt.

Die Eigenschaft des anämischen Geräusches, am lautesten beim Exspirium und am schwächsten beim Inspirium gehört zu werden, steht, wie schon erwähnt, im entschiedenen Gegensatze zur Behauptung Potains, daß es in der Lunge gebildet wird, aber in voller Uebereinstimmung mit unserer Theorie, daß es im Mitralostium entsteht. Durch das Inspirium wird das Herz von der Lunge überlagert und das Geräusch geschwächt. Dieser Wechsel betrifft auch das schwache organische Geräusch; dagegen wird das kräftige organische Geräusch beim Vor-

handensein einer starken Hypertrophie durch die Ueberlagerung der Lunge nur wenig influiert.

Der Wechsel der Stärke des unorganischen Geräusches bei verschiedenen Stellungen des Körpers ist recht variabel und ist leicht durch das Annähern oder Entfernen des Herzens vom Brustkorbe erklärbar.

Die eben angeführte Theorie über die Bildung des anämischen Geräusches stützt sich auf objektive Beobachtungen von der Größe und Kraft des Herzens, und zwar besonders der des linken Ventrikels. Die Theorie erklärt zwanglos alle Charaktere des Geräusches.

Es besteht also, nach meiner Ansicht, beim Vorhandensein des anämischen Geräusches eine Insuffizienz der Mitralis. Aber, sagt man, dann müssen auch alle Folgezustände eines Herzfehlers vorliegen. Jawohl, sie sind oft vorhanden. Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Oedeme in den Beinen sind alltäglich vorhanden und es ist schwierig zu beweisen, daß sie nicht in gewissem Grade vom Herzen abhängen, und zum Teile von der Anämie, das wird zugegeben.

Aber es wird dagegen angeführt: der zweite Pulmonalton ist nicht verstärkt und die rechte Kammer nicht dilatiert und hypertrophisch. Es ist indessen dabei zu bemerken, daß diese Phänomene die Folgen eines verstärkten Druckes in der Pulmonalarterie sind. Eine solche Verstärkung des Druckes existiert indessen bei der Anämie nur bisweilen oder selbst selten, teils wegen der Blutarmut, teils weil die Zurückströmung des Blutes durch das Mitralostium eine nur geringe ist. Der Druck am linken Vorhofe ist deshalb auch nur ein niedriger.

Indessen kann ein jeder sich davon überzeugen, daß der zweite Pulmonalton nicht selten einen klackenden Charakter hat, und oft ist es schwierig zu entscheiden, ob er als verstärkt oder nicht zu bezeichnen ist. Hat selbst neulich ein Autor behauptet, daß dieser Ton eben bei der Anämie ausgesprochen verstärkt ist. Ich selbst habe den Eindruck bekommen, daß der Ton bei der Anämie oft scharf abgesetzt, aber kurzdauernd ist, bei der organischen Mitralinsuffizienz dagegen mehr massiv und dumpf, und zwar wegen des verstärkten Druckes. Manchmal macht es Schwierigkeit, seine Art zu bestimmen.

Was die rechte Kammer betrifft, ist es schwierig, sich darüber zu äußern. Wie schon erwähnt, fanden verschiedene Forscher eine vergrößerte Kammer. Parrot nimmt eine Insuffizienz der Trikuspidallkappen an, und zwar auf Grund eines vorhandenen Pulses in den Jugularvenen. Daraus schließt er auf eine Dilatation des rechten Herzens, aber aus seinen Krankengeschichten geht nicht hervor, daß er eine Vergrößerung der rechten Herzhälfte direkt beobachtet hat.

Nach meiner Meinung kann eine Dilatation des rechten Herzens bisweilen bestehen; die Verstärkung des zweiten Pulmonaltones in einigen Fällen deutet auf eine Hypertrophie in diesen Fällen. Ganz kürzlich habe ich, wie schon erwähnt, in einem Falle von perniziöser Anämie eine ausgesprochene Hypertrophie und Dilatation sowohl der linken wie der rechten Hälfte des Herzens beobachtet. Intra vitam bestand ein lautes, rauhes Geräusch, ganz vom Charakter eines organischen Mitralgeräusches. Dessenungeachtet wurde die Diagnose auf ein nichtorganisches Geräusch gestellt. Die Klappen wurden bei der Sektion ganz normal gefunden.

Die Beschaffenheit des zweiten Pulmonaltones ist deshalb wechselnd und steht nicht in Widerspruch mit meiner oben ausgesprochenen Theorie einer anämischen Insuffizienz der Mitralklappen.

Uebrigens gehört es zu den alltäglichen Beobachtungen, daß bei dem kompensierten Herzfehler, selbst bei der Mitralstenose, alle Symptome fehlen, weshalb auch die Kranken oft ohne Ahnung von ihrem Herzfehler umhergehen. Es ist nicht vonnöten, dergleichen Beobachtungen hier anzuführen.

Eine wichtige Stütze für meine Ansicht von der Bildung des anämischen Geräusches finde ich darin, daß es alle Uebergänge und Zwischenstufen zwischen diesem und dem organischen Geräusch gebe, sowie zwischen dem anämischen

Herzfehler und der relativen Mitralinsuffizienz (aus sonstigen Gründen), welche sich in klinischer Hinsicht von der organischen Insuffizienz nicht unterscheiden lassen.

Schon oben ist genügend hervorgehoben, daß ein scharfer Unterschied zwischen den Geräuschen in Bezug auf den Klang, die Stärke und Dauer nicht besteht. Hier möchte ich hervorheben, daß sich eine ausgeprägte relative Mitralinsuffizienz manchmal ausbildet. Wie ich in meiner Schrift nachgewiesen habe, entsteht die anämische Dilatation oft bei ganz jungen Dienerinnen durch Ueberbürdung, durch Tragen im Verhältnis zu ihren Kräften zu schwerer Lasten u. s. w. Dasselbe habe ich auch bei Aelteren beobachtet, so z. B. bei Krankenwärterinnen, welche selbst den Zeitpunkt angeben konnten, wann sie an Herzklopfen und anämischen Zeichen zu leiden anfangen, welcher Zeitpunkt mit der Zeit ihrer Ueberanstrengung beim Tragen schwerer Kranker zusammenfiel.

In allen diesen Umständen finde ich einen Beweis, daß sich das anämische Geräusch nur im Grade und in Aetiologie, nicht in physikalischem Charakter, von dem organischen unterscheidet.

Was die Benennung betrifft, scheint es mir, daß die Bestimmung akzidentell in der Mehrzahl nicht ganz zutreffend ist. Das Geräusch verschwindet zwar zuweilen bei anämischen und chlorotischen Individuen, und zwar wenn sich das Herz zusammengezogen hat, besteht aber in der Regel während Jahren unverändert. Der Terminus „unorganisch" ist zwar eine negative Bestimmung und bezeichnet weder die klinische Aetiologie, noch die physikalische Bedingung des Geräusches, ist aber sonst akzeptabel; die Bezeichnung „anämisch" trifft nur in einer Anzahl von Fällen zu, indem das Geräusch oft noch nach der Hebung der Anämie fortdauert, wenn die Dilatation bestehen bleibt. Die Benennung „funktionell" ist kein gutes Prädikat; der Herzfehler ist funktionell, aber nicht das Geräusch.

Das Wesentliche und Konstante bei diesem Geräusch ist die Dilatation; ich nenne deshalb das Geräusch ein Dilatationsgeräusch mit der Zufügung: anämisches, wenn eine Anämie vorhanden ist. Damit ist sowohl die klinische, wie die physikalische Ursache angegeben.

Wenn nun dergleichen Geräusche durch eine Dilatation hervorgerufen werden und eine relative Insuffizienz bezeichnen, so müssen sie sich bei allen Formen von Dilatationen desselben Ursprunges, d. h. welche unter denselben Bedingungen entstanden sind, vorfinden. Die anämische Dilatation hat sich infolge anämischer Nutritionsstörung entwickelt, und die Kontraktion ist mangelhaft, wie die Schließung der Klappen; der Blutdruck ist erniedrigt.

Während der letzten Jahre war ich mit dieser Frage besonders beschäftigt und suchte sowohl in der Klinik wie in der Praxis alle Fälle mit Herzdilatation, sowohl betreffs der Größe des Herzens wie der Geräusche einer eingehenden Untersuchung zu unterwerfen. Dabei habe ich folgendes gefunden.

Bei dem akuten Gelenksrheumatismus findet man oft schon in den ersten Tagen des Fiebers an der Basis und der Spitze des Herzens ein leises Geräusch, welches nicht als ein organisches aufgefaßt werden kann, indem eine Schrumpfung der Mitralklappen schon in den ersten Tagen der Krankheit nicht denkbar ist. Gleichzeitig bemerkt man eine gelinde Dilatation des Herzens und oft eine Störung der Herzbewegung. Nach kurzer Zeit schwindet das Geräusch gleichzeitig mit der Dilatation, und der Kranke erholt sich vollständig, ohne einen Herzfehler akquiriert zu haben. Hier lag also ein Dilatationsgeräusch auf rheumatischem Grunde vor, und zwar als Ausdruck einer Störung des Schlusses der Mitralklappen.

Schon 1898 habe ich in meiner Arbeit (Ueber akute Herzerweiterung bei akutem Rheumatismus etc.) solche Fälle beschrieben; auch Edgren hat mehrere dergleichen Fälle beschrieben*) (S. 15, Fall II, V, VI, IX), aber er deutet sie in anderer Weise,

[1]) Om de accidenteln blusljåden ofver hjertat. (Nord. medic. Arkiv. Festband. 1897.)



obschon er die Dilatation hervorhebt, und er hatte selbst ein Verschwinden des Geräusches gleichzeitig mit dem Rückgang der Erweiterung beobachtet. Daß diese Erweiterung der Kammer auf der rheumatischen Myokarditis und der Schwächung der Muskulatur beruht, unterliegt wohl keinem Zweifel.

Man nennt dieses Geräusch oft mit Unrecht ein endokarditisches; es ist ein rheumatisches Dilatationsgeräusch.

Etwas Analoges beobachten wir bisweilen bei anderen akuten Infektions- und septischen Krankheiten.

Bei der Skarlatina tritt oft gleichzeitig mit einer Dehnung des Herzens ein Geräusch auf, aber die Beobachtungen darüber sind wenig genau (vgl. meine Schrift: „Ein Beitrag zur Kenntnis des Scharlachherzens", Mitteil. aus d. Mediz. Klinik zu Upsala, 1898).

Dasselbe ist der Fall bei der Diphtherie (ibidem 1899, S. 191 ff.). Selbst habe ich solche demonstrative Fälle von akuter Dilatation mit gleichzeitigem Geräusch beobachtet. So z. B. hat Unruh oft ein systolisches Geräusch bei der Dilatation gefunden (S. 159). Selbst habe ich einen prägnanten Fall (S. 271) mitgeteilt. Die Dilatation war eine große, das Geräusch trat erst später mit der Schwächung der Herztätigkeit auf und war sehr stark und rauh. Bei der Sektion waren die Klappen nicht angegriffen.

Auch bei der Influenza habe ich eine solche von Geräusch begleitete Dilatation beobachtet, wie auch in einem Falle von Tuberkulosis, welcher zur Sektion kam. Die Klappen waren normal und vorzugsweise das rechte Ostium venosum dilatiert. Hier entstand das übrigens sehr rauhe Geräusch wahrscheinlich in diesem Ostium.

Beim Typhus ist das Geräusch nicht so allgemein. Eine Dilatation entsteht gewöhnlich erst am Schlusse der dritten Woche oder später, zu einer Zeit, wo die Schwäche des Herzens eine sehr große ist. In dieser Zeit findet man nicht selten, daß die Herzkontraktionen so schwach sind, daß oft der erste Ton, selbst der zweite, ausfallen kann, d. h. nicht mehr hörbar ist. Hierin liegt wohl der Grund, daß man bei dem Typhus nur selten Geräusche vernimmt. Indessen hat Parrot vier solche Fälle mitgeteilt (S. 148). Leider fehlen Auskünfte über die Herzgröße.

Bei vielen anderen Infektionskrankheiten treten ähnliche Geräusche als Ausdruck einer Schwäche der Muskulatur und folglich der Kontraktion auf. Parrot hat solche Geräusche bei Masern und Variola gehört.

Weiter habe ich solche temporäre Geräusche nach gewaltsamen Körperanstrengungen beobachtet. Vor einigen Monaten kam ein junger, etwas grazil gebauter Mann bewußtlos in die Klinik. Er hatte an demselben Tage einen Wettlauf gemacht, fiel dann am Schlusse bewußtlos nieder und wurde ins Krankenhaus gebracht. Die Demonstration am folgenden Morgen ergab: Auffallende Dilatation des linken Herzens, rauhes Geräusch, Albuminurie. Schon am folgenden Tage war die Dilatation fast geschwunden, das Geräusch sehr leise und die Albuminurie weg. Nach etwa einer Woche wurde er als fast gesund entlassen.

Ebenso deutlich ist der Zusammenhang zwischen Dilatation mit Herzschwäche und Geräusch, in vielen Fällen von akuter Dilatation, welche unter der Form von paroxysmaler Tachykardie auftreten. Martius hat solche Fälle in seinem lehrreichen Buche („Die Tachykardie") gesammelt.

Selbst habe ich eine Anzahl beobachtet und einige schon publiziert (Mitteil. aus d. med. Klin. zu Upsala, 1898—1899).

Solche Anfälle von paroxysmaler Tachykardie treten nach meiner Erfahrung besonders nach akuten infektiösen Krankheiten auf, und zwar besonders infolge Herzüberanstrengung. So z. B. traf ich nach Typhoidfieber zwei solche Fälle. Im ersten fanden sich Anfälle von bedeutender akuter Dilatation, und gleichzeitig trat ein scharfes, rauhes systolisches Geräusch auf:

Fall von Tachycardia paroxismalis mit Anfällen von Herzdilatation:

Ein Beamter, etwa 35 Jahre alt, hatte im April 1882 einen schweren Abdominal-

typhus überstanden. Er war, besonders nach einem Rezidiv, sehr schwach. Erholte sich schnell und nahm mit ungewöhnlicher Geschwindigkeit an Gewicht zu. Schon zu Anfang August fühlte sich der lebhafte und jugendliche Patient so kräftig, daß er, obwohl gegen meine bestimmte Verordnung, fleißig am Tanzen teilnahm.

Während des folgenden Winters traten Anfälle von Atemnot und Herzklopfen auf, die im Frühjahre zunahmen.

Bei der Untersuchung im folgenden Sommer war ich frappiert, zu finden, daß er an Anfällen von sehr heftigem Herzklopfen litt.

Die Herztätigkeit war dabei sehr beschleunigt, er war gezwungen, sich nach vornüber gebeugt auf eine Stuhllehne oder dergleichen mit beiden Händen zu stützen und hatte schwere Dyspnoe. Das Herz war bei der Perkussion bedeutend nach links erweitert und ein starkes Geräusch am ersten Ton an der Basis zu hören. Albuminurie.

Solche Anfälle dauerten etwa eine Stunde, wonach der Zustand vollkommen gut wurde. Ich hatte auch Gelegenheit, den Patienten zwischen den Anfällen zu untersuchen. Das Herz hatte dann normale Grenzen, das Geräusch war völlig verschwunden, Herztätigkeit, Puls und Harn normal.

Während des Sommers stellten sich nur einige Anfälle ein, aber während des Winters erneuerten sie sich, Zeichen von Herzinsuffizienz kamen hinzu, und der Patient starb unter hydropischen Erscheinungen.

Einen ähnlichen Fall hat Huppert publiziert (Vgl. Martius Arbeit über die Tachykardie).

Aber nicht nur bei anämischen Zuständen, rheumatischen Krankheiten und Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Dyphtherie und Influenza, wird der Herzmuskel so geschwächt, daß die Mitralklappen nicht genügend schließen. Auch durch chronische Ernährungsstörungen tritt dieselbe Funktionsstörung ein. Die allgemeinste Form davon findet sich bei sogenannten Fettherzen. Es ist nicht vonnöten, hier auf die mannigfachen Ursachen dieses Leidens tiefer einzugehen. Nur das möchte ich bemerken, daß eine der alltäglichsten Folgen der Fettentartung des Herzens einerseits eine Dilatation der Herzhöhlen und anderseits eine Insuffizienz der Herzwirksamkeit ist, welche sich durch die gewöhnlichen Konsequenzen kundgibt. In der Tat findet man am öftesten eine geringere oder bedeutendere Vergrößerung der Herzdämpfung, sowie an der Spitze oder Basis ein weiches oder bisweilen selbst rauhes Geräusch. Dies Geräusch wechselt an Stärke und Klang, ganz wie das anämische Geräusch, und zwar so ziemlich proportional der Größe der Dilatation und der Funktionsstörung.

Nach meiner Erfahrung findet sich beim Vorhandensein dieses Geräusches immer eine Herzdilatation, obwohl sie bisweilen durch ein seniles Emphysem gedeckt wird. Aber, wie bekannt, findet sich nicht selten eine Insuffizienz des Herzens ohne Geräusch. In diesem Falle ist das Herz in der Regel nicht vergrößert.

Aus allen diesen Beobachtungen erschließe ich, daß beim Hervorrufen des akzidentellen Geräusches die Dilatation eine hervorragende Rolle spielt. Diese Dilatation ist auch ein Ausdruck einer ungenügenden Schließung der Klappen, sowie oft einer Herzinsuffizienz, obwohl meist geringeren Grades.

Indessen frägt es sich nicht ohne Grund: Sind denn alle Formen von Herzvergrößerung von einem Geräusch begleitet? Hierauf muß ich mit einem bestimmten Nein antworten. Man kann den Satz: Geräusch wird von Dilatation begleitet, nicht umwenden und sagen: Herzvergrößerung wird immer von Geräusch begleitet. Es gibt eine bestimmte Gruppe von Herzvergrößerung, welche nur bisweilen ein Geräusch hervorruft. Diese Gruppe umfaßt diejenigen Herzen, wo sich eine kräftige Hypertrophie nach und nach ausgebildet hat und gleichzeitig eine geringere Dilatation. Einen Typus einer solchen Dilatation finden wir beim Sportherzen. In meiner Arbeit über das Sportherz (Mitteil. aus d. Med. Klin., 1898—1899) habe ich nachgewiesen, daß sich z. B. bei den Lappländern und den kräftigen „Skid"-Läufern eine bedeutende



Herzhypertrophie entwickelt. Der Impuls liegt außerhalb der Mammillarlinie und ist kräftig und hebend, aber keine Spur von Geräusch ist vorhanden. Die Herzkontraktion ist überkräftig und gewiß schließen auch die Klappen gut; die Hypertrophie überwiegt. Aber auch bei solchen Personen tritt im Falle von Potatorium oder durch übermäßige Anstrengung, wie bei Wettrennen, eine deutliche Dehnung ein, und in solchem Falle tritt ein Geräusch auf, sowie gleichzeitig eine funktionelle Insuffizienz mit Albuminurie und Hydrops. Solche Fälle habe ich wie andere Kliniker mehrmals beobachtet. Zieht sich das Herz zusammen, so kann das Geräusch schon nach wenigen Tagen verschwinden.

Ganz neulich wurde ein derartiger Fall in meiner Klinik beobachtet.

Einen anderen Typus mit Herzvergrößerung, aber oft ohne Geräusch, bildet das Nephritisherz. In einer besonderen Untersuchung („Ueber das Herz bei der Nephritis", 1898) habe ich zwar versucht, nachzuweisen, daß sich diese Form von Hypertrophie aus einer Reihe von akuten Dehnungen infolge akuter Anfälle von Nierenentzündung ausbildet, welche sich zu einer chronischen Nephritis summieren; jedenfalls entwickelt sich aber in der Regel, wie bekannt, eine bedeutende Hypertrophie, wodurch eine Kompensation der Dilatation zustande kommt. Infolgedessen kann das vergrößerte Herz jahrelang gut funktionieren. Nach längerer oder kürzerer Zeit tritt indessen eine Inkompensation ein; der Herzmuskel wird geschwächt, und zwar am öftesten durch eine Degeneration oder durch die nephritische Vergiftung, und so tritt sehr oft auch beim Nephritischen, wie die alltägliche Erfahrung lehrt, eine Insuffizienz ein. Ueber dem Herzen wird nunmehr ein Geräusch gehört. Meiner Erfahrung nach werden die meisten bedeutenden Herzvergrößerungen bei der Nephritis von einem Geräusch begleitet.

Analoge Verhältnisse werden beim Morbus Basedowii getroffen. Die bedeutende Herzvergrößerung und das geschwächte Herz werden von einem Geräusch begleitet; die gelinde, gut kompensierte Herzhypertrophie besteht ohne ein Geräusch.

Als Resultat meiner Untersuchung möchte ich also hervorheben: Das sogenannte akzidentelle Geräusch ist ein Ausdruck einer ungenügenden Schließung der Mitralklappen, welche in der Regel ihren Grund in einer Dilatation der linken (und bisweilen, wie beim Geräusch der Trikuspidalklappen, auch der rechten) Kammer hat, welche gewöhnlich in ihrer Ordnung durch eine Erschlaffung infolge Ernährungsstörungen des Herzfleisches hervorgerufen wird. Das Geräusch ist ein Dilatationsgeräusch infolge Anämie, rheumatischer Veränderungen, akuter Infektionskrankheiten, Ueberanstrengung oder Vergiftung durch Nephritis oder andere chronische Intoxikations- und Infektionskrankheiten.

Ueber die Kombination physikalischer Reize und physikalisch-diätetischer Heilmethoden.

Von Dr. **Béni Buxbaum** in Wien.

(Schluß.)

Wir wollen uns hier gleich mit der letzten Kombination etwas eingehender beschäftigen.

Den Wert bestimmter Diätkuren bei fast allen Erkrankungen wird heute wohl niemand mehr in Abrede stellen und mehr als je zuvor wird von vielen Autoren darauf aufmerksam gemacht, daß eine Brunnen-Trinkkur erst dann voll und ganz zur Geltung kommt, wenn die Patienten eine ihrer Erkrankung entsprechende Diät einhalten. Ich sage: „der Erkrankung entsprechend", weil noch heute vielfach an der absonderlichen und durch nichts



begründeten Regel festgehalten wird, daß die Diät nicht durch die Erkrankung, sondern durch die Trinkkur bestimmt wird, daß gewisse Speisen verboten, andere erlaubt werden, nicht etwa, weil dieses Verbot oder die Erlaubnis in der bestehenden Erkrankung begründet sei, sondern, weil sich die Trinkkuren angeblich mit diesen oder jenen Speisen nicht vertragen! Aus diesem althergebrachten, einzig und allein auf Vorurteilen basierenden, oder aus lokalen Verhältnissen sich ergebenden Anschauungen erleidet aber der Patient einen Schaden, der unter allen Umständen vermieden werden muß.

Nicht der Genuß des Brunnens erfordert eine bestimmte Diät, sondern die Erkrankung!

Eine Reihe ausgezeichneter, auf klinisch-experimenteller Basis beruhenden Arbeiten von v. Noorden und seiner Schule verdanken wir den Beweis, daß z. B. der Genuß der Kochsalzquellen und der alkalisch-sulfatischen Wässer die Aufnahme von reichlichen Mengen Butter nicht kontraindiziert. Und das ist eine Errungenschaft, die nicht nur für die Badeorte, sondern zunächst für die Patienten von der allergrößten Bedeutung ist: „Denn wenn sich ergeben hätte — sagt v. Noorden — daß die Fettverdauung oder andere Funktionen des Darmkanales wesentlich gestört werden, sobald sich reichlicher Fettgenuß und Mineralwässer vereinen, so müßte man von jenen Badeorten alle diejenigen Kranken fernhalten, bei denen wir nicht nur eine günstige Beeinflussung irgend eines lokalen Leidens, sondern gleichzeitig Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes für notwendig halten. Denn das ist sicher, bei Ausschluß von Fett ist eine Besserung des Ernährungszustandes nicht zu denken, auch wenn die Eiweißkörper und die Kohlehydrate bis zur Grenze des Möglichen gesteigert werden. Ich bin sicher, daß der üble Ruf, den Karlsbad bei Behandlung der auf Neurasthenie beruhenden Magen- und Darmleiden erworben hat, zum großen Teil dadurch bedingt ist, daß man aus Furcht vor dem Brunnen die einer mästenden Ernährung bedürftigen Leute lieber hungern ließ, anstatt sie reichlich mit Fett zu füttern. Ich könnte das Lied in den mannigfachsten Modifikationen von den verschiedensten Badeorten wiederholen. Durch die Erkenntnis, daß der Darreichung von Fetten und der Durchführung einer auf Fettzufuhr beruhenden mästenden Diät prinzipiell nichts im Wege steht, wird die Wirkungssphäre vieler Heilquellen beträchtlich erweitert. Hier ist auch der durch genaue Ausnützungsversuche gewonnenen Erfahrung zu gedenken, daß bei mäßigem Genuß der verschiedensten Heilquellen die Nahrungsresorption nicht beeinträchtigt wird. Verluste, die das Normale überschreiten, beginnen erst dann, wenn starke und über den ganzen Tag sich hinziehende Durchfälle erzeugt werden."

Ein zweiter Fehler, der bei der Verordnung von Brunnenkuren und Diätkuren noch sehr häufig beobachtet werden kann, ist das starre Festhalten an einem Diätschema. Auch hier sehen wir wieder, daß sehr oft nicht die Individualität, nicht der krankhafte Zustand, sondern die ortsüblichen Verhältnisse, der eingebürgerte und festwurzelnde, von Generation auf Generation überlieferte Diätzettel, über dem der Brunnengeist schwebt, die Indikation stellen. v. Noorden sagt: „Das gleiche Schema wandert in die Hände der Patienten mit hypoazidem Magenkatarrh, mit saurem Magenkatarrh, mit nervöser Dyspepsie, mit Gallensteinen, mit Nierensteinen, mit chronischem Dickdarmkatarrh und mit habitueller Obstipation". Und warum? Weil zufällig ein und derselbe Brunnen bei all den genannten Leiden mit Vorteil gebraucht werden kann. Unter den genannten Verhältnissen können jedoch die Brunnenkuren niemals von Erfolg begleitet sein und die vielen Enttäuschungen, die vielen Verschlimmerungen, die vielen nutzlosen Opfer an Zeit und Geld werden erst dann verschwinden, wenn sich die Balneotherapie mit einer auf den Kenntnissen der Stoffwechseltherapie sich stützenden Diätotherapie verbinden wird.

Ein Fortschritt auf diesem Gebiete ist wohl zu bemerken und die Erkenntnis bricht sich Bahn, daß ernsthafte Studien über Ernährungstherapie die

unentbehrliche Grundlage für die Entwicklung der Balneotherapie abzugeben haben. Eine merkwürdige Wandlung, wenn man bedenkt, daß die Ernährungstherapie bis vor nicht langer Zeit, wie dies oben gezeigt wurde, nur stillschweigend geduldet wurde und daß die Balneotherapie die Führung hatte.

Die Notwendigkeit — nicht nur die Zweckmäßigkeit — der Anwendung kombinierter physikalischer Heilfaktoren zeigt sich auch auf einem Gebiete, das noch bis vor wenigen Jahren von der Balneotherapie beherrscht war. Ich meine die Stoffwechselkrankheiten: Adipositas, Gicht und Diabetes. Es ist heute ausgemacht, daß nur eine Kombination thermischer, mechanischer, balneotherapeutischer, klimatologischer und diätetischer Heilfaktoren bei diesen Krankheiten zum Ziele führt und daß am allerwenigsten ein Dauererfolg von einer balneotherapeutischen Behandlung allein oder auch von einer Ernährungstherapie, die fast immer nur eine Entziehungstherapie ist, zu erwarten oder auch nur anzustreben ist.

Und noch eine Krankheitsgruppe muß hier genannt werden, um zu zeigen, welch bedeutende Fortschritte eine Therapie macht, die ihre Heilbehelfe aus verschiedenen Kategorien der physikalischen Methoden entnimmt und sie zweckmäßig zu kombinieren versteht: die Erkrankungen des Zirkulationsapparates. Außer der medikamentösen Therapie waren früher nur klimatische Kuren, selten noch Trinkkuren in Verwendung. Heute sehen wir mechanisch-gymnastische Kuren mit hydro- und balneotherapeutischen Kuren Hand in Hand gehen und wir beobachten bei Berücksichtigung der funktionellen und anatomischen Diagnostik und der auf dieser Basis gewonnenen Indikationen für die genannten Methoden Erfolge, die früher undenkbar waren. Ja, wir sehen dort Erfolge, wo früher die Anwendung physikalischer Reize geradezu verpönt war.

Bezüglich der Bedeutung der Klimatotherapie bestanden sehr lange recht eigentümliche und einander vielfach widersprechende Ansichten. In vielen Fällen lag zunächst in einer „Luftveränderung“ allein alles Heil. Bei Erkrankungen der Lunge und Verdauungsstörungen organischen Ursprungs, bei Erkrankungen des Nervensystems und funktionellen Störungen war, wenn eine erfolglose Behandlung eine Aenderung der Therapie notwendig machte, die Luftveränderung an der Tagesordnung. Dann ging man einen Schritt zurück und beschränkte die Lufttherapie nur auf die Erkrankungen der Lunge, legte aber dieser Therapie eine solche Bedeutung bei, daß es fast schien, als wäre die Luft allein, ohne jeden anderen Behelf „das Heilmittel“ der schwersten Affektionen der Lunge. Ich erinnere an Niemeyer, der seine Kranken bei Wind und Wetter, bei Kälte und Sonnenglut der Luft ausgesetzt wissen wollte. Dieses System führt zu Uebertreibungen einerseits, zur Vernachlässigung anderer Heilfaktoren anderseits. Und nicht nur in der Behandlung der Lungenkrankheiten, sondern auch in der der funktionellen Erkrankungen des Nervensystems. Bezüglich der letzteren ist es aber geradezu ein therapeutischer Fehler, der Luftveränderung und der damit verbundenen Entsagung der beruflichen Tätigkeit, der häuslichen Pflege und der gewohnten Umgebung eine unbegrenzte Heilkraft zuzumuten. Unter Umständen ist die Klimatotherapie für den Lungenkranken sowohl, wie auch für eine große Reihe anderer Kranken ein unentbehrlicher Faktor in der Therapie. Für den Lungenkranken ist sie unbedingt zu fordern. Aber nur in Verbindung mit anderen Heilfaktoren, mit der Hydrotherapie und der Diätotherapie, wird ihr Nutzen zweifellos und unangefochten. In der Behandlung der funktionellen Erkrankungen des Nervensystems ist aber die Klimatotherapie nur dann von Nutzen, wenn sie der Durchführung anderer therapeutischer Maßnahmen nicht im Wege steht. In erster Linie ist hier die Psychotherapie gemeint, d. h. jene Therapie, welche die Psyche berücksichtigt und die Psyche zu ihrem Angriffspunkte macht. Alle Momente, die die Psyche des Patienten ungünstig beeinflussen, sind zu beseitigen, soweit dies möglich ist, und Momente, welche die Psyche günstig beein-

flussen, in den Bereich der Therapie zu ziehen. Es ist dies ein Zweig der Therapie, der noch sehr vernachlässigt wird, dessen praktische Verwertung weit zurücksteht hinter ihrer Begründung und ihrer akademischen Wertschätzung. Sie ist ein Schlagwort, das überall Platz findet, nur nicht in der Praxis, in welcher die ganze Psychotherapie, mit dem Rate: „Spannen Sie aus", erschöpft zu sein scheint. Eine Psychotherapie, die auf einem solchen Fundament ruht, verschwindet naturgemäß gegenüber der Klimatotherapie, setzt aber auch den Wert der Klimatotherapie bedeutend herab. Was nützen dem Neurastheniker die besten klimatischen Verhältnisse, wenn seine Psyche den ungünstigen Einflüssen geschäftlicher Sorgen, ungünstiger Familienverhältnisse etc. etc. nicht nur nicht entrückt ist, sondern wenn diese ungünstigen Einflüsse nur noch infolge der örtlichen Entfernung in potenziertem Maße die höchst empfindliche Gefühls- und Gemütssphäre alterieren.

Die Tatsache, daß die Psychotherapie in ihrer Wirkung auch seitens so mancher Autoren arg überschätzt wird, beeinträchtigt nicht ihren Wert, ebensowenig wie die Tatsache, daß dort, wo andere Heilfaktoren vermöge ihrer Wirkung auf alle Funktionen des Organismus einen günstigen Einfluß ausüben, dieser Einfluß so gerne auf das rein psychische Moment zurückgeführt wird. So entsteht dann die ganz falsche Ansicht von der „rein suggestiven Wirkung" hydriatischer Prozeduren. Ein Unrecht, das übrigens die Hydrotherapie mit allen anderen physikalischen Heilmethoden und einer ganzen Reihe von Medikamenten redlich teilen — muß.

Ueber die Notwendigkeit der Verbindung j e d e r Therapie mit der Psychotherapie ist jedes Wort überflüssig.

Eine weitere Frage, die uns hier interessiert, bezieht sich auf das Verhältnis der Balneotherapie zur Hydrotherapie. Die Frage hängt immer mit der physiologischen und pharmakodynamischen Wirkung der Mineralquellen bei der äußeren Anwendung und der physiologischen Wirkung hydriatischer Prozeduren zusammen. Ein Vergleich der Ergebnisse der diesbezüglichen Untersuchungen zeigt, daß der Hydrotherapie lange Zeit viel Unrecht geschah und auch jetzt noch geschieht, indem den Mineralbädern die Superiorität über den hydriatischen Prozeduren eingeräumt wird, jenen ganz besondere Wirkungen zugeschrieben werden, die aber auch die Hydrotherapie zum großen Teile bei entsprechend methodischer Anwendung zu leisten vermag.

Sehen wir uns einmal die Wirkungen der Mineralquellen bei äußerer Anwendung etwas genauer an. G l a x stellt sie folgendermaßen zusammen:

Die intakte menschliche Haut ist für Wasser und in ihm gelöste indifferente Stoffe auch bei lang dauernder Einwirkung nicht durchgängig, weshalb wir zu dem Schlusse berechtigt sind, daß eine Resorption im Bade nicht stattfindet.

Desgleichen werden Substanzen, welche keine keratolytischen Eigenschaften haben, aus wässerigen Flüssigkeiten, selbst bei höherer Temperatur, von der unverletzten menschlichen Haut nicht aufgesaugt.

Ob die menschliche Haut für Gase durchgängig ist, erscheint sehr zweifelhaft.

Unter den Gasen, insoferne dieselben in den verschiedenen Mineralquellen vorkommen, übt bei äußerer Anwendung nur die CO_2 einen bemerkenswerten Einfluß auf den menschlichen Organismus aus.

CO_2 haltige Bäder erhöhen die Tastempfindlichkeit und setzen einen Hautreiz, welchen die periphere Zirkulation befördert; hiedurch wird die periphere Temperatur erhöht, die zentrale erniedrigt und durch das Entweichen der CO_2 dem Körper wahrscheinlich mehr Wärme entzogen als im gleichtemperierten Süßwasserbade.

Die Pulsfrequenz wird im kühlen kohlensäurehaltigen Bade herabgesetzt, der Blutdruck gesteigert.

Ob das CO_2-Bad einen wesentlichen Einfluß auf den Stoffwechsel ausübt, ist bisher nicht sichergestellt.

Die gesteigerte Wärmeempfindung im trockenen kohlensauren Gasbade beruht weder auf einer Erhöhung der Temperatur, noch auf einer Erweiterung der Gefäße, sondern lediglich auf einer chemischen Erregung der Wärmenerven.



Nach jedem Mineralbade ist die Haut von einem feinverteilten Ueberzuge der Badebestandteile bedeckt, welcher nach vielen Tagen noch nachgewiesen werden kann. Es ist wahrscheinlich, daß Bäder, welche momentan vermöge ihres geringen Salzgehaltes in ihrer physiologischen Wirkung nicht wesentlich von einem gleichtemperierten Süßwasserbade differieren, bei längerem Gebrauche durch die Adhäsion der in ihnen gelösten Stoffe einen bedeutenderen Hautreiz mit seinen Folgeerscheinungen ausüben.

Solbäder von 3—5% entziehen dem Körper nicht mehr Wärme als ein Süßwasserbad von gleicher Temperatur und Dauer.

Die Reflexerregbarkeit der sensiblen Hautnerven im indifferent-warmen Solbade sowohl für schwache als auch für alle anderen Reize ist erheblich vermindert, wenn nicht aufgehoben.

Das Solbad übt auf die Puls- und Respirationsfrequenz keine charakteristische Wirkung aus. Der Blutdruck ist auch im thermisch-indifferenten Solbade erhöht.

Der respiratorische Gaswechsel ist im Kochsalzbade wahrscheinlich höher als im gleichtemperierten Warmwasserbade.

Indifferent-warme Kochsalzbäder üben wahrscheinlich bei einem Gehalte von 4—20% keinen Einfluß auf den Eiweißumsatz aus, dagegen setzen möglicherweise indifferent-warme Solbäder, welche größere Mengen Chlorkalium enthalten, bei einem Gehalte von 4—20% die Stickstoffausscheidung herab. Es können sonach vielleicht verschiedene Salze die Nervenendigungen verschieden beeinflussen, wobei es fraglich bleibt, ob es sich hiebei um einen chemischen oder um einen mechanischen Reiz handelt.

Aus diesen Resultaten geht nur das eine mit Bestimmtheit hervor, daß jene Wirkungen, auf welche wir bei der Anwendung balneotherapeutischer Aktionen mit Sicherheit reflektieren dürfen, identisch sind mit den thermischen und mechanischen Reizen unserer gewöhnlichen hydrotherapeutischen Maßnahmen, daß nur „möglicherweise“ oder „vielleicht“ oder „wahrscheinlich“ gewissen Mineralbädern eine andere physiologische Wirkung zukommt als den hydriatischen Prozeduren, daß aber zumindest die Hauptwirkung der Mineralbäder auf der längst festgestellten Wirkung thermischer oder thermomechanischer Reize basiert.

Es gereicht den modernen Schriftstellern zur Ehre, daß sie in ihren Arbeiten dies anerkennen und wir wollen aus diesen wissenschaftlichen Forschungen der Forderung Anerkennung verschaffen, daß bei der Verordnung von Mineralbädern die Ergebnisse unserer Untersuchungen und Erfahrungen über die Wirkungen thermomechanischer Reize nicht außer acht gelassen werden mögen.

Wir können es heute noch nicht verlangen, daß die Mineralbäder vom Standpunkte des Hydrotherapeuten verabfolgt werden, da noch immer die in den Mineralbädern enthaltenen chemischen Stoffe ein Ansehen genießen, das ihrem wirklichen Werte kaum entspricht, und es würde heute mehr denn je als Ketzerei betrachtet werden, wenn zu einer Zeit, da überall nach Radium geforscht und solches entdeckt wird, die Forderung aufgestellt würde, wenigstens dort, wo die chemische Wirkung zweifelhaft ist, von der gewohnten indifferenten Temperatur abzusehen und zweckentsprechende thermische oder mechanische Reize zu kombinieren. Ist es doch ein vergebliches Bemühen auf die Notwendigkeit der Anwendung niedriger thermischer Reize nach hoch temperierten Mineralbädern hinzuweisen. Ich glaube, daß das Vorurteil, welches bezüglich der Anwendung der Mineralbäder in der kalten Jahreszeit besteht, schwinden wird, sobald die letzterwähnte Kombination zur Anerkennung gelangen wird, da die Erkältungsgefahr in bedeutendem Maße abnehmen wird, und es wäre im Interesse der vielen Kurorte und vielen Patienten gelegen, wenn sie nicht nur auf die Sommermonate reflektieren müßten.

Aus unseren Auseinandersetzungen ergibt sich aber auch noch die Forderung nach Mäßigung in dem Bedürfnisse, die Mineralquellen und -Bäder nach Gehalt und Wirkung bis ins Unendliche zu differenzieren. Der geringste Bestandteil einer Mineralquelle an Schwefel, Eisen, Arsen oder irgend einem anderen Heil-

agens, der bei äußerer Anwendung ganz indifferent ist, genügt noch nicht, um dieselbe als Mineralbad anzupreisen und ihm eine Sonderstellung einzuräumen. „Nur der vollkommene Mangel an naturwissenschaftlichem Denken oder geschäftlicher Schwindel kann solche Blüten treiben“ und es ist Aufgabe der Aerzte, dagegen zu kämpfen. Dies ist aber nur dann mit Erfolg durchführbar, wenn die Aerzte von der Ueberzeugung durchdrungen sind, daß die Grundlage für die Balneotherapie in der Erkenntnis der physiologischen und therapeutischen Wirkungen des Wassers zu suchen ist.

Eine in den letzten Jahren sehr beliebt und modern gewordene Kombination verschiedener physikalischer Heilfaktoren ist die Elektrotherapie mit anderen Heilagentien. Von den hydroelektrischen Bädern als Kombination der Elektrotherapie und Hydrotherapie kann hier nicht die Rede sein, da das Wasser hier nicht als Heilagens in Betracht kommt. Am ehesten könnte von einer kombinierten elektro- und hydrotherapeutischen Wirkung noch bei den Umschlägen und Einpackungen mit eingeschalteter Anode gesprochen werden, eine Kombination, die in den letzten Jahren wiederholt in der Literatur genannt wurde. Weitere Erfahrungen müssen jedoch abgewartet werden. Die Kombination hydroelektrischer Bäder mit chemischen Substanzen erfreut sich in letzter Zeit einer großen Beliebtheit. Man ist nicht dabei stehen geblieben, auf dem Wege der Kataphorese durch die unverletzte Haut von der Anode aus gewisse Stoffe, wie Sublimat, Jodsalzlösungen, Kokain etc. in den Körper zu transportieren, man verwendet nun die Jonen- oder elektrolytische Therapie in ausgedehntestem Maße. Mit großen, mit 8—10fachen Lagen hydrophiler Gaze armierten und mit der elektrolytischen Lösung getränkten Elektroden, die den Rumpf oder ein ganzes Glied bedecken, ist es leicht, hohe Stromstärken von 100—200 MA anzuwenden, die mit Geschwindigkeit wirksame Mengen des Medikaments eindringen lassen. Die Ionentherapie gestattet so „jeder Zelle der Gewebe, die meistens für die medikamentösen Substanzen unerreichbar, sind, die gesamte Ionenreihe zuzuführen und so viele verschiedene Reaktionen zu erhalten, als es Ionen gibt“ (Leduc-Nantes). Manche Ionen sind sehr eigenartig: Das Lithiumion erzeugt an jeder Drüse einen Purpurfleck, das Morphinion ein papulöses Exanthem, das Adrenalinion bei einer Stromstärke unter 2 MA pro Quadratzentimeter starke Anämie an der Elektrode; weiter stromab erscheinen die Venenzüge als weiße Stränge, die stark mit der Rosafärbung der Haut kontrastieren; bei größerer Stromdichte gibt Adrenalin Kongestion. Bei Anwendung einer aktiven Zinkanode heilt die Endometritis in 1—4 Sitzungen, eine Metrorrhagie steht bei Anwendung der elektrolytischen Zinkanode in einer 20 Minuten dauernden Sitzung und 100 MA Stromstärke. Eine Elektrode mit 12—20 Lagen hydrophiler, mit 1%iger Chlorzinklösung getränkter Gaze als Anode auf ein vereitertes Gewebe, chronischer Geschwüre, tuberkulöser Gewebe, ein Kankroid des Gesichtes appliziert, gibt nach 1—4 Sitzungen bei 2 MA Stromstärke pro Quadratzentimeter und 15—20 Minuten Dauer eine rasche Narbenbildung. Die elektrolytische Wirkung auf versteifte Gelenke tritt bei Verwendung von 1%iger Kochsalzlösung als Kathode sehr schön hervor, sogar vollkommene Ankylosen heilen in kurzer Zeit, mit Ausnahme des Hüftgelenkes und des Schultergelenkes; die Fortschritte und Beginn der Behandlung sind rascher als später und zur Einwirkung auf tiefe Teile braucht man so starke Ströme, als sie ertragen werden können.

Wir sehen hier die Therapie neue Bahnen einschlagen und wenn auch die hier mitgeteilten Ergebnisse noch eingehender Nachprüfung bedürfen, so unterliegt es doch keinem Zweifel, daß die Kombination einer physikalischen und medikamentösen Therapie von großem Nutzen sein kann.

Die Kombination der Elektrotherapie und Massage findet in der elektrischen Massage praktische Anwendung. Sie wird in der Weise durchgeführt, daß die gut befeuchtete Massierrolle mit dem faradischen Strom verbunden, unter einem ent-



sprechenden Druck zur Verwendung gelangt, und zwar ist diese Form der physikalischen Therapie bei motorischen Funktionsstörungen des Magens und des Darmes sehr beliebt. Ich erwähne diese Applikationsmethode hier, obwohl sie eigentlich nicht hieher gehört, und zwar deshalb, weil man ihr eine kombinierte Wirkung zuschreibt, die sie nicht entfaltet. Sie ist eine mit entsprechend großer Elektrode angewendete Faradisation des Magens und des Darmes und eine bequeme Art der Anwendung wegen der Rollenform der Elektrode, aber der bei der Applikation zur Wirkung kommende Druck ist bei weitem nicht gleichzustellen einer manuellen Massage oder einer Massage mittels des Vibrators. Ich verwende sie zumeist nur entweder zu elektrotherapeutischer Behandlung des Magens und des Darmes oder im Anschluß an eine Massage dieser Organe im Sinne einer Uebungsbehandlung der atonischen Bauchdecken.

Wenn wir nun die hier niedergelegten Beobachtungen und Erfahrungen, die, wie eingangs erwähnt, noch vielfach erweitert werden können, zusammenfassen, so sehen wir, daß sowohl die Kombination physikalischer Reize, als auch die Kombination physikalischer Heilmethoden möglich, durchführbar und für sehr viele Fälle indiziert, ja als notwendig erscheint. Man braucht nicht auf dem Standpunkte jener Aerzte und Patienten zu stehen, die etwa der Polypragmasie huldigen, um zu diesem Schlusse zu gelangen, man braucht aber auch nicht das Prinzip, eine möglichst einfache, unkomplizierte Therapie durchzuführen, zu durchbrechen. Je mehr wir aus dem reichen Schatze der physikalischen Heilmethoden schöpfen, je rationeller die die Individualität berücksichtigende Kombination physikalischer Heilfaktoren ist, umso schöner ist der Effekt.

In einem nächsten Aufsatze soll von der Kombination physikalischer Heilfaktoren und medikamentöser Therapie die Rede sein.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Asthma cardiale und Angina pectoris. Klinischer Vortrag von Prof. Dr. A. Fraenkel in Berlin.

Im folgenden seien bloß die therapeutischen Ratschläge wiedergegeben. Bei kardialem Asthma mit abnormer Steigerung der Arterienspannung sind Blutentziehungen zur Entlastung des Gefäßsystems und zur Verringerung der Ueberfüllung im Pulmonalkreislauf am Platze. Eine Anzahl blutiger Schröpfköpfe oder ein kleiner Aderlaß von 150—200 cm³ genügt. Kommt es zu einem schweren Anfall von Dyspnoe, so besteht die am schnellsten zum Ziele führende Behandlung in Anwendung der eigentlichen Kardiaka: Digitalis, Koffein, Strophanthus, welche eventuell mit Morphiuminjektionen zu kombinieren sind. Die Darreichung der Kardiaka ist auch in solchen Fällen angezeigt, bei welchen der arterielle Gefäßdruck vermehrt ist.

F. verwendet mit Vorliebe eine Mischung von Digitalis mit Koffein, die er in absteigender Dosis längere Zeit fortgebrauchen läßt. Die Formel lautet:

Rp. Pulv. fol. Digit. 1·5
Coffein. natr.-benz. 3·0
Pulv. rad. Rhei, Extr. Gentian. āā q. s.
u. f. pill. Nr. XXX.

Von diesen Pillen läßt F. die ersten fünf Tage dreimal täglich zwei, die nächstfolgenden zehn Tage zweimal täglich zwei und eventuell dann nochmals zehn Tage hindurch zweimal täglich eine nehmen. Die Digitalis vermag selbstverständlich nicht, die Anfälle momentan zum Schwinden zu bringen. Dies leistet in vorzüglicher Weise das Morphium, und

zwar in Form der subkutanen Injektion. Von anderen Mitteln, die zur Verringerung der Dyspnoe herangezogen werden können, empfiehlt F. die Sauerstoffinhalationen und das Oxaphor (alkoholische Oxykampferlösung); von letzteren gibt man täglich mehrmals 15—20 Tropfen in einem Likörgläschen Ungarwein oder Madeira.

In jenen seltenen Fällen, in denen sich die Patienten gegen Morphium refraktär verhalten, kann oft eine Wirkung erzielt werden, wenn das Mittel mit Heroin gemischt wird, z. B. Morph. hydrochl. 0·2, Heroin. hydrochl. 0·10, Aq. dest. 10, davon eine halbe bis dreiviertel Spritze subkutan. Anderemale muß man zum Chloralhydrat oder zu verwandten Präparaten, wie Chloralum Formamidatum, seine Zuflucht nehmen. Doch erheischen diese Mittel mit Rücksicht auf die oft ungünstige Wirkung auf das Herz besondere Vorsicht. Jedenfalls gehe man mit der Anfangsgabe nicht über 1·0 Chloralhydrat, beziehungsweise 1·5 Chloralamid hinaus.

Bei der Angina pectoris ist das Tabakrauchen vollkommen zu unterlassen; auch der Alkoholgenuß ist nur in beschränkter Weise zu gestatten. Zur Verhinderung der Wiederkehr der Anfälle ist in erster Linie das Jodnatrium zu empfehlen. F. gibt dasselbe in kleineren Dosen längere Zeit hindurch und verschreibt eine Solution von 10·0 : 150, von der zweimal täglich ein Teelöffel gleich 0·5 pro die genommen wird. Nach dreiwöchentlichem Gebrauche wird eine Pause von einer Woche gemacht und dann von neuem begonnen. Daneben läßt er täglich, und zwar der Vorschrift von Pineles entsprechend, nach dem ersten Frühstück eine einmalige Dosis von 0·4 Theocinum natrio-aceticum nehmen. Auch dieses Mittel scheint gleich dem Diuretin (pro die dreimal 1·0) eine spezifische Wirkung auszuüben. Einen berechtigten Ruf genießen ferner die Nitrite, vor allem das Nitroglyzerin. Dasselbe wird am besten in spirituöser Lösung verabreicht: 0·05 Nitroglyzerin und 10 Spir. vin. dest., drei- bis viermal täglich 4—8 Tropfen = 1—2 mg pro dosi. Zur Milderung des Schmerzes während eines Anfalles empfiehlt es sich, einen Eisbeutel auf die Herzgegend legen zu lassen. Manchen Patienten gewährt ein heißer Umschlag mehr Erleichterung. Andere Palliativa sind das Aspirin, ferner die Inhalation von Aetherdämpfen oder einige Tropfen Amylnitrit. Bei sehr heftigen Schmerzen darf man sogar zu einer subkutanen Injektion von Morphium seine Zuflucht nehmen. Auch Herzstimulantien, wie Valeriana, Aether, Castoreum, sind bei mangelhaftem Pulse am Platze, dagegen erheischt die Digitalis wegen ihrer den Blutdruck steigernden Wirkung Vorsicht. F. gibt, wenn die Anwendung indiziert ist, dem keine kumulierende Eigenschaften besitzenden Koffein den Vorzug. — (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 15, 1905.) Laub.

Klinische Beobachtungen und Erfahrungen mit dem Pneumokokkenserum Roemer bei der croupösen Pneumonie. Von Dr. Knauth, Stabsarzt.

Das Pneumokokkenserum Roemer, welches von der Firma Merck in Darmstadt hergestellt wird, ist ein polyvalentes Serum und wird von verschiedenen Tierarten gewonnen, die mit zahlreichen Pneumokokkenstämmen vorbehandelt werden.

Mit diesem Serum werden seit drei Jahren an der Augenklinik in Würzburg alle reinen Pneumokokkeninfektionen der Hornhaut erfolgreich behandelt. Durch Einspritzungen von genügenden Serummengen konnten ohne jede lokale Behandlung die beginnenden Ulzera aufgehalten und von den fortgeschrittenen Geschwüren etwa 80% der Fälle, ohne daß es zur Kauterisation gekommen wäre, der Spontanheilung entgegengeführt werden.

Gestützt auf diese therapeutischen Erfolge in der Augenheilkunde, brachte Vf. das Roemer'sche Serum bei sieben schwer verlaufenden Fällen croupöser Pneumonie in Anwendung. Das Serum erwies sich als absolut ungefährlich und unschädlich; die Einstichstelle blieb stets reaktionslos. Hautexantheme, Nierenentzündungen oder sonstige unangenehme und bedrohliche Nebenwirkungen kamen selbst nach

Verabreichung großer Dosen ebenfalls niemals zur Beobachtung. Wie aus den auszugsweise mitgeteilten Krankengeschichten hervorgeht, wurde bald nach erfolgter Injektion der Puls, die Atmung, das Fieber, das Aussehen (Farbe) des Auswurfes, vornehmlich jedoch das subjektive Allgemeinbefinden günstig beeinflußt. Rascher, kritischer Temperaturabfall wurde nur einmal beobachtet; gewöhnlich schwitzten die Patienten nur wenig, der Temperaturabfall erfolgte allmählich, Kollapszustände blieben infolgedessen aus. Die Rekonvaleszenz nahm stets einen normalen Verlauf. — Im ersten Falle wurde erst am siebenten Tage der Erkrankung injiziert, und zwar erfolgte die erste Injektion um 11 Uhr vormittags, die zweite um 6 Uhr abends und die dritte um 12 Uhr nachts. Injiziert wurden jedesmal 20 cm^3 Serum. Im zweiten Falle wurden am 6. und 7. Tage der Erkrankung je 20 cm^3 Serum injiziert, im dritten Falle erfolgten die Injektionen am 3., 4. und 5. Tage, im vierten Falle am 5. Tage zwei Injektionen und am folgenden Tage noch eine dritte Injektion; im fünften Falle am 5. und 6. Tage, im sechsten Falle am 4. und 5. Tage, endlich im siebenten Falle schon am zweiten Tage der Erkrankung. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 12, 1905.) Laub.

Experimentelle Untersuchungen über das Barutin, ein neues Diuretikum. Von Dr. Eugen Bibergeil. (Aus dem Laboratorium der III. med. Universitätsklinik in Berlin. Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. Senator.)

Barutin ist ein von Brat dargestelltes Doppelsalz des Baryum-Theobromin und Natrium salicylicum. Es entspricht: 1 g Barutin bezüglich des Baryumgehaltes 0·169 $BaCl_2 + H_2O$, 1 g Barutin bezüglich des Theobromingehaltes 0·255 Theobromin.

Die pharmakodynamische Wirkung des Präparats hat Vf. an Kaninchen in der Weise geprüft, daß er zunächst nach dem Vorgange Richters den Tieren täglich $^3/_4$ cm^3 1%ige Urannitratlösung subkutan und 1 g NaCl, in 25 cm^3 H_2O gelöst, per os mittels Schlundsonde zuführte. Gleichzeitig erhielten die Kaninchen täglich bestimmte Mengen von Barutin, welches in Dosen von 0·1 g bis 0·3 g zur Anwendung gelangte.

Wie die mitgeteilten Protokolle zeigen, bewirkt das neue Präparat eine nachweisbare Erhöhung der Diurese, besonders bei Anwendung in Mengen von 0·15—0·25 pro dosi. In diesen Fällen fand sich bei der Sektion der Tiere keine Spur von Höhlenergüssen und absolutes Fehlen von Hydrops anasarca.

Vf. kommt zu dem Ergebnis, daß das Barutin bei kranken Nieren nicht nur die Ausfuhr von Flüssigkeit und solchen Substanzen steigert, denen eine Beziehung zur Wasserretention zugeschrieben wird (Kochsalz), sondern — und darauf legt er den Hauptwert — auch wirklich der Entstehung hydropischer Ergüsse vorbeugt. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 15, 1905.) Laub.

Antithyreoidin-Moebius bei Basedowscher Krankheit mit Psychose. Von Dr. Georg Lomer. (Aus der Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt in Holstein.)

Das Thyreoidserum nach Moebius (Antithyreoidin) ist Blutserum von Hammeln, denen man etwa 6 Wochen vor dem ersten Aderlaß die Schilddrüse extirpiert hat. Der Flüssigkeit sind für Konservierung 0·5% Karbolsäure zugesetzt, so daß sie bei entsprechender Aufbewahrung unbegrenzte Zeit haltbar ist. Dieses Serum wird nach den Angaben von Moebius von E. Merck in Darmstadt hergestellt und hat, wie der erstere annimmt, die Fähigkeit, die bei der Basedowkrankheit von der Schilddrüse gebildeten Giftstoffe zu binden oder zu neutralisieren. Versuchsweise wandte Vf. das Serum bei einer Patientin an, bei der sich, nachdem sie durch längere Zeit die Anzeichen einer ausgesprochenen Demenz dargeboten hatte, ein typischer Basedow entwickelt hatte. Es bestand eine mäßige Struma, ein deutlicher Exophthalmus, Graefes Symptom, Tremor der ausgespreizten Finger, Tachykardie höheren Grades.

Vf. begann mit täglicher Darreichung von dreimal 0·5 Antithyreoidin und stieg



um täglich dreimal 0·5 cm³, bis die Höchstgabe von dreimal 4·0 erreicht war. Diese Dose wurde drei Tage lang innegehalten; sodann ging man mit der Dose auf dreimal 3·5 pro die herunter. Es wurden im ganzen fast 110 cm³ des Serums gegeben.

Die Wirkung des Serums war bald nach dem Einsetzen der Behandlung sichtbar. Der Puls wurde merklich kräftiger, die Pulsfrequenz geringer. Günstig beeinflußt wurde auch der Tremor der Hände, ohne jedoch gänzlich zu verschwinden. Dasselbe gilt für den Exophthalmus. Ganz verschwunden war das Graefe'sche Symptom. Die Struma bestand nach wie vor. Auch der Seelenzustand der Patientin war gleichmäßig ruhig und freundlich, sie bot keinerlei Zeichen von Gereiztheit und Depression.

Mit dem Aussetzen der Medikation ging auch die Wirkung vorüber. Das Mittel zeigte keine Dauerwirkung; es ist aber nach Ansicht des Vf. ein vortreffliches Symptomatikum. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 18, 1905.) Laub.

Erfahrungen über die Anwendung des Neuronals. Von Dr. Leopold Bleibtreu in Köln.

Auf Grund der Beobachtungen, welche Vf. im ganzen bei 42 Personen gesammelt hatte, kommt er zu dem Resultate, daß bei Klagen über Schlaflosigkeit leichteren und schwereren Grades das Neuronal oft schon in Dosen von 0·5 g, gewöhnlich in der Dosis von 1·0 g, gute Dienste leistet, und daß üble Nachwirkungen trotz manchmal lange Zeit durchgeführter Darreichung nicht vorgekommen sind. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 15, 1905.) Laub.

Einige alte Behandlungsmethoden in moderner Beleuchtung. Von Wilhelm Plaskuda.

Die großen Umwandlungen, welche die medizinische Wissenschaft namentlich in der zweiten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts durchgemacht hat, brachten manche Behandlungsmethoden zum Verschwinden, die noch kurz vorher allgemeine Geltung hatten. Sollten nun, frägt Vf., Behandlungsweisen, die Jahrhunderte hindurch und noch länger als unantastbar galten und in ihrem Wert vielfach erprobt schienen, völlig wertlos sein oder sollte nicht auch in ihnen ein guter Kern stecken, der erst bei genauerer Prüfung zutage kommt? Vf. gibt sich die Mühe, solche alte Behandlungsmethoden ans Licht zu ziehen und macht den Versuch, ihre Wirkung einheitlich zu erklären.

In einem ausführlichen geschichtlichen Ueberblick erfahren wir, daß heutzutage in der Therapie die Behandlung von krankhaften Zuständen mit hautreizenden und sogenannten ableitenden Mitteln einen bescheidenen Platz einnimmt. Dieselben haben, gewöhnlich Derivantien oder Revulsiva genannt, zu allen Zeiten den ehernen Bestand der Therapie gebildet und erhielten sich in dem Wechsel der medizinischen Anschauungen durch Jahrtausende. Einen wichtigen Faktor bilden Hautreizmittel sogar schon bei den Naturvölkern, wie dies aus neuesten Forschungen (Max Bartels, Gurlt, Häser, J. Jolly, Petersen etc.) hervorgeht. Auch in der Urgeschichte der Medizin spielen diese Mittel eine große Rolle. (Galenus, Hippokrates.) Das Mittelalter hielt ebenfalls an ihnen fest. (Caspar Bartholinus, De cauteriis, Hafniae 1624.) In der neueren Zeit sind es Boerhave und Van Swieten, die darüber gearbeitet haben. In der neuen Zeit Rust, Sundelin, Blasius, Pouteau etc.

Einen bescheidenen Gebrauch macht man auch heutzutage noch von einigen dieser Mittel. Altem Brauche folgend, teilt man die Hautreizmittel auch jetzt noch in hautrötende (rubefacientia), blasenziehende (vesicantia) und Pusteln erzeugende (pustulantia). Im genaueren aber läßt sich eine Scheidung nicht vornehmen, da alle diese Mittel ziemlich in gleicher Weise wirken.

Den Schluß der fleißigen Arbeit macht ein größeres Kapital „Hautreizende und ableitende Mittel im speziellen". Zur Hautreizung benützt

man jetzt hauptsächlich den Senf in Gestalt des Senfteiges oder das Senfpapier. Ferner ist sehr zweckmäßig das Ammoniak als Linimentum ammoniatum oder Linimentum saponato-camphoratum. Ferner kann man dazu Rosmarinöl, Quendel- und Ameisenspiritus, Opodeldok nehmen. Stark hautreizend wirkt auch das Terpentinöl, welches Urtikaria hervorruft, und die balsamischen Harze. Namentlich bei Hautkrankheiten gebraucht wird das Pech, der Teer, das Chrysarobin, die Pyrogallussäure. Hinzu rechnet Vf. dann noch das Jod und den Alkohol, das erstere zu Hautpinselungen benutzt, den letzteren in Form des Alkoholverbandes. Unter den blasenziehenden Mitteln gebührt der Vorzug den Kanthariden, angewendet als Emplastrum cantharidarum. Als Pusteln erzeugend rühmt man besonders die Brechweinsteinsalbe, die einen pockenähnlichen Ausschlag hervorruft, und das Krotonöl, von dem schon wenige Tropfen genügen, um eine entzündliche Schwellung mit Bläschen und Pustelbildung auf der Haut zu erzeugen. In seinen weiteren Ausführungen beweist Vf., daß diese alten therapeutischen Agentien auch heute noch eine ganz hervorragende Rolle in der Behandlung der verschiedenartigsten Affektionen spielen. In einer Anzahl von Krankheitsfällen stellt die durch Hautreize erzeugte Hyperämie das Wirksame dar. — Kaustika wendet man heute in der Therapie nur wenig an im Verhältnis zu früher. Sie dienen hauptsächlich in der Chirurgie zur Zerstörung von Neubildungen, abnormer Granulationen, ab und zu zur Eröffnung von Abszessen bei messerscheuen Patienten. Als Aetzmittel werden besonders gebraucht: Aetzkali, Aetzkalk, Höllenstein, Kupfervitriol, Zinkvitriol, Chlorzink, Chromsäure, Trichloressigsäure, Schwefel- und Salpetersäure. — Während Untersuchungen über das Glüheisen aus älterer Zeit in großer Anzahl vorliegen, ist dieses Verfahren jetzt ganz außer Gebrauch gekommen. An Stelle des alten Glüheisens wendet man heute den Paquelinschen Brennapparat an. — Als ein klassisches Mittel, um Hyperämie zu erzeugen, muß man das trockene Schröpfen bezeichnen. — Zur Erzeugung künstlicher Eiterung wurden früher hauptsächlich die Fontanelle und das Haarseil gebraucht. In neuerer (und neuester, Ref.) Zeit ist man auch auf dieses alte therapeutische Hilfsmittel wieder zurückgekommen. Die bei der künstlichen Eiterung auftretende Leukozytose ist die Nachahmung oder künstliche Erzeugung eines physiologischen Vorganges, der pathologische Vorgänge begleitet. Hieraus erklärt sich auch wohl am einfachsten die Tatsache, daß solchen künstlichen Eiterungen früher ein therapeutischer Wert zugeschrieben wurde, obwohl man von Leukozytose noch nichts wußte. — (Inaug.-Diss. Greifswald 1903.)

F. L.

Physikalische Therapie.

Ueber den Einfluß verschieden temperierter Bäder und der Abreibung auf die Atemkurve. Von Dr. E. Sommer in Winterthur.

Der Autor verwendet zu seinen Untersuchungen den zur Pulsschreibung konstruierten Oehmke'schen Turgographen. Die Untersuchungen sollen feststellen, ob sich überhaupt im wärmeren oder kälteren Bade ausgiebige und charakteristische Veränderungen im Atemmechanismus wahrnehmen lassen. Ein warmes Bad (39° C.) verursacht eine minimale Verlangsamung der Atmung. Die Dauer der Inspiration erwies sich bald als wesentlich verkürzt, bald als mäßig verlängert. Hingegen war die Exspiration jedesmal mäßig beschleunigt. Auch der Einfluß auf die Tiefe der Respiration ist nicht konstant. Die Versuchsindividuen atmeten im Bade bald etwas tiefer, bald wesentlich seichter. Der Einfluß eines Bades von 34° C. ist dem oben geschilderten durchaus ähnlich. Die Respiration wird bald beschleunigt, bald verlangsamt, das Inspirium wurde immer verlängert, das Exspirium immer verkürzt. Der Einfluß des Bades auf die Tiefe der Respiration war auch hier inkonstant, die Atmung war im Bade bald tiefer, bald seichter. In einem kühlen (25° C.) Bade tritt eine Verlang-

samung der Atmung ein, die Dauer des Inspiriums ist wesentlich verlängert, das Exspirium bald verlängert, bald verkürzt. Die Tiefe der Respiration nahm im Bade jedesmal ab. Der Einfluß der Abreibung auf die Respirationskurve ist unter Umständen ein sehr starker, doch ist er bei den verschiedenen Temperaturen des Bades nicht gleich. Die Geschwindigkeit der Respiration wurde im 19° C.-Bade durch die Abreibung verlangsamt, jedoch nicht immer so sehr, daß die Atmung nach der Abreibung langsamer vor sich gegangen wäre, als im unbeeinflußten Zustand. In dem Bad von 34° C. wurde die durch das Bad beschleunigte Atmung verlangsamt, die verlangsamte Atmung beschleunigt. Die deutlichste Verlangsamung bewirkt die Abreibung in dem kühlen Bade von 25° C. Die Dauer des Inspiriums wurde im Bad von 39° C. durch die Abreibung inkonstant beeinflußt; der inspiratorische Kurvenschenkel wurde nach der Abreibung bald steiler, bald flacher. Im Bade von 34 C. wurde das Inspirium nach der Abreibung jedesmal wesentlich verlängert. Das gleiche zeigte sich im kühlen Bad. Das Exspirium verhielt sich im Bad von 39° C. ebenfalls inkonstant; im Bade von 34° C. war es hingegen stets verkürzt und im kühlen Bade wieder verlängert. Am unregelmäßigsten war der Einfluß der Abreibung auf die Tiefe der Respiration: die Atmung wurde nach derselben bald seicht, bald vertiefte sie sich sehr stark. — (Zeitschr. f. exper. Pathologie und Therapie, Bd. 1.) Dr. Buxbaum.

Einfluß lokaler Kälteanwendung auf die Herztätigkeit. Von Krebs.

Durch Beobachtungen im Universitätsinstitut für Hydrotherapie waren Vf. Zweifel über die bisher üblichen Anschauungen in Bezug auf die Wirksamkeit der Herzkühlapparate aufgetaucht. Genauere Untersuchungen mit Anwendung des Sphygmographen und des Gärtnerschen Tonometers führten ihn zu folgenden Ergebnissen: 1. die Anwendung lokaler Herzkühlapparate wirkt in einer Reihe von Fällen bei Kranken, welche an Herzinsuffizienz, sei es nervöser, sei es organischer Natur leiden, auf die Herztätigkeit günstig ein, erkennbar an der Besserung des Pulsbildes, Verlangsamung der Pulsfrequenz und Steigerung des Blutdruckes; 2. den größten Anteil an diesem günstigen Einfluß besitzt die mit der Anlegung der Kühlapparate notwendig verbundene strenge Ruhe der Kranken; 3. bei einer anderen Reihe von Kranken ist außer einer subjektiven Wirkung kein objektiver Erfolg wahrzunehmen; 4. die Herzkühlapparate können in ihrer Wirksamkeit der Digitalis nicht gleichgestellt werden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17, 1904.) Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Experimentelle Prüfung neuerer Antiseptica mit besonderer Berücksichtigung des Parajodoanisols (Isoform). Von Bernhard Heile in Breslau.

Das Parajodoanisol, unter dem Namen „Isoform" von den Höchster Farbwerken auf den Markt gebracht, hat die Strukturformel

$$C_6H_4\begin{array}{l}\diagup IO_2\\ \diagdown OCH_3\end{array}$$

und wirkt nach Annahme des Vfs. dadurch als ein kräftiges Desinfiziens, daß es bei seiner Zersetzung auf Wunden, im Darm etc. Sauerstoff in atomistischem Zustand, also „aktiven" O, an die Gewebe abgibt und dadurch bakterizid wirkt. Es ist eine farblose, aus Eisessig kristallisierende, schwach nach Anis riechende Substanz, die in Wasser schwer löslich und in Alkohol und Aether unlöslich ist. Man kann das „Isoform" auf 200° erhitzen, ohne daß es sich zersetzt; bei 230° aber explodiert es; ebenso kann es durch Schlag zur Explosion gebracht werden. Deshalb wird es nicht rein in den Handel gebracht, sondern als „Isoformpulver" mit gleichen Teilen Calcium phosphoricum vermengt oder als „Isoformpaste" mit der gleichen Menge Glyzerin vermischt. Beide Formen der Aufmachung beeinträchtigen die desinfizierende Wirkung nicht und schließen jede Explosionsgefahr aus. Vf. vergleicht die Wirkungen des Mittels mit denen des Sublimats und des Jodoforms. Während das letztere nur bei

Luftabschluß und bei Gegenwart genügender Mengen reduzierender Substanzen seine antiseptische Wirkung entfaltet, wirkt Parajodoanisol unter allen Verhältnissen antiseptisch, im Wundsekret oberflächlicher Wunden, in der Tiefe von Höhlenwunden, in Verbandstoffen und bei Reagenzglasversuchen, bei welch letzteren sich Jodoform wie ein indifferentes Pulver verhält. Durch eine besondere neue Versuchsanordnung wies Vf. ferner nach, daß eine 1%ige Isoformlösung das Bakterienwachstum stärker hemmt, als das Sublimat in der gleichen Verdünnung (1:100), wobei noch die große Giftigkeit dieser Sublimatlösung gegenüber der Ungiftigkeit des Isoforms zu bedenken ist. Die Versuche des Vf. wurden in der Mikulicz'schen Klinik angestellt.

Im Darmkanal übt das Isoform eine bakterienhemmende Wirkung aus und ist dabei vollkommen ungiftig; Vf. empfiehlt es daher zur „inneren Desinfektion" bei Dysenterie, Typhus, ulzerierten Tumoren des Darmes etc., sowie zur Vorbereitung des Darmkanals für eine Operation; bei der Eröffnung des Magendarmkanals kann man schon am Anisgeruch erkennen, wo das Mittel seine Wirkung entfaltet hat.

„Das Isoform ist also ein Dauerantiseptikum, das vor dem Jodoform den Vorzug der starken antiseptischen Wirkung sowohl auf offenen und geschlossenen Wunden, als auch in den Verbandstoffen hat, und sich ihm gegenüber vor allem durch seine Ungiftigkeit auszeichnet." (Volkmann'sche Samml. klin. Vortr. Nr. 388; Chir. Nr. 107.)

Klar, Heidelberg.

Ueber den Plattfuß. Von Gustav Muskat.

Der Plattfuß und die Plattfußanlage werden sehr häufig nicht richtig erkannt; man behandelt die von Plattfußbeschwerden geplagten Patienten als Rheumatiker, Arthritiker, Neurastheniker, und oft entsteht bei nicht sachgemäßer Behandlung eine wirkliche Neurasthenie. Die früher vorherrschende Meinung, daß der Plattfuß eine Erkrankung der körperlich arbeitenden Klassen sei, ist falsch; alle Bevölkerungsklassen sind beim Kontingent der Plattfüßigen beteiligt, aber auch alle Rassen. Durch neuere Arbeiten ist nachgewiesen worden, daß der Plattfuß des Negers und der Plattfuß bei den Juden im ganzen nicht häufiger sind, als bei anderen Rassen. Ebenso haben Spitzys Untersuchungen ergeben, daß die Meinung, der Fuß des Neugeborenen sei ein Plattfuß, falsch ist. Vf. beschreibt die Entwickelung, die Diagnose und die Pathologie des Plattfußes. Plattfußbeschwerden können selbst bei ideal geformter Sohlenwölbung vorhanden sein, es braucht also kein platter Fuß zu bestehen, anderseits aber kann ein platter Fuß da sein, ohne die geringsten Beschwerden zu verursachen. Für die Aetiologie des Plattfußes kommen in Betracht: er kann, in selteneren Fällen, angeboren sein, ein geringer Prozentsatz der Plattfüße beruht auf Lähmungen der Muskulatur der unteren Extremitäten, andere auf Rachitis, wieder andere — und dies sind viele — sind auf Frakturen der Unterschenkelknochen, insbesondere der Maleolen, zurückzuführen, für die weitaus größte Zahl aber sind statische Momente verantwortlich zu machen, bei denen die Last des Körpers in einem Mißverhältnis zu dem Gerüst des Fußes und zur Kraft der den Fuß adduzierenden Muskeln steht. Die moderne Behandlung des Plattfußes besteht je nach dem Grade in Redressement und nachfolgender Anlegung eines Gipsverbandes, nach dessen Abnahme genau gearbeitete, innen höher als außen gesohlte Schuhe mit nach der Form des Fußes gefertigten Einlagen aus Zelluloid oder Durana getragen werden müssen, oder, bei leichteren Graden, in Massage, Uebungen, Schmierseifeneinreibungen, Fußbädern und dem Tragen geeigneter Schuhe mit Einlagen. (Ref. hat bessere Erfahrungen mit Stahl- und Aluminiumeinlagen gemacht, als mit solchen aus Durana und Zelluloid.) Sehr wichtig ist die Prophylaxe; so ist z. B. darauf zu achten, daß das „Auswärtssetzen" der Fußspitzen beim Gehen, auf das manche Mütter leider bei ihren Kindern viel Wert legen, die Entstehung von Plattfüßen, beziehungsweise deren Eintreten bei vor-

handener Anlage schon allein verursachen kann. Die Schulärzte sollen dies berücksichtigen.

Bei manchen Fällen kann man das durch das Redressement gewonnene Ergebnis durch eine Sehnenplastik festhalten; für die leichteren Fälle empfiehlt Vf. einen aus Heftpflasterstreifen anzulegenden Verband, den der Praktiker selbst anlegen kann: „Ein mäßig breiter Streifen besten Heftpflasters (Kautschukpflaster) wird vom Innenrand des Fußrückens über diesen um die Fußsohle herum bis weit herauf zur Innenseite des Unterschenkels geführt und unter starker Anspannung befestigt. Neben diesem wird in gleicher Weise ein zweiter und, wenn nötig, ein dritter Streifen derartig angebracht, daß die einzelnen Streifen sich dachziegelförmig decken. Nun werden um den Unterschenkel mehrere fast zirkuläre, einzelne Touren gelegt. Durch das starke Anspannen des Pflasters wird auf den Fuß ein außerordentlich großer Zug ausgeübt. Ueber den Heftpflasterverband wird aus Reinlichkeitsrücksichten eine leichte Binde gewickelt. Ein derartiger Verband kann 8—14 Tage liegen bleiben und gestattet dem Patienten ein leichtes, elastisches und bequemes Gehen, wobei gleichzeitig der Fuß in der gewünschten Stellung festgehalten wird.“

Die Arbeit, die ein Heft der „Berliner Klinik“ bildet, macht, nach der Anordnung des Stoffes, dem Stil und der Interpunktion zu schließen, den Eindruck, daß sie etwas flüchtig geschrieben ist. Selbst einem vielbeschäftigten Autor dürfen beim Lesen der Korrekturbogen Druckfehler wie „Individium“ für „Individuen“, „sapo viriodis“ u. s. w. nicht entgehen. — (Berl. Klinik, H. 200. Febr. 1905.) Klar, Heidelberg.

Ueber Wesen und Behandlung des Plattfußes. Von Dr. Karl Helbing in Berlin.

Die auch bei vielen Aerzten noch bestehende Ansicht, daß nur der ausgebildete Plattfuß Beschwerden verursache, ist falsch. Gerade der beginnende Plattfuß macht recht erhebliche Schmerzen; solche Patienten zeigen bei der Untersuchung in Rückenlage einen völlig normalen Fuß, und trotzdem können sie oft nicht einmal fünf Minuten schmerzfrei gehen. Oft wird dann chronischer Muskel- oder Gelenksrheumatismus angenommen; gegen diese Diagnose spricht die fast regelmäßig wiederkehrende anamnestische Angabe, daß der Patient im Liegen beschwerdefrei ist, aber schon nach kürzerem Gehen wieder Schmerzen in den Füßen bekommt. Schon in diesem Stadium kann man den Plattfuß erkennen und so den Patienten rechtzeitig sachgemäßer Behandlung zuführen. Bei Betrachtung der Füße des stehenden Patienten von hinten sieht man, daß die Verlängerung der Längsachse des Unterschenkels nicht, wie es normalerweise sein müßte, in die Mitte der Ferse fällt, sondern mehr nach dem inneren Fußrand zu. Es liegt also ein Pes abductus vor. Die Abduktionsstellung des Fußes ist bedingt durch eine über das physiologische Maß hinausgehende Drehung des Talus um seine untere schräge Achse, wodurch der Taluskopf das Os naviculare und den Calcaneus auseinanderdrängt. Jede weitere Belastung wirkt, wenn diese Drehung des Talus einmal eingeleitet ist, dann noch stärker pronierend auf den Fuß. Es liegt also beim beginnenden Plattfuß nicht, wie man bisher annahm, ein Einsinken des inneren Fußrandes vor, sondern es handelt sich um eine Umlegung des normal gestalteten Fußbogens nach innen; der Fußsohlenabdruck ist bei solchen Fällen immer normal.

Die Abduktionstellung der Ferse bei belastetem Fuße ist das erste und sicherste Zeichen eines beginnenden Plattfußes. Der Kopf des Talus tritt im weiteren Verlaufe nach innen und unten und treibt so wie ein Keil den Calcaneus und das Os naviculare auseinander. Auf diese Weise kommt unter der fortdauernden Belastung der Plattfuß zustande, den man anatomisch, wenn man chronologisch die Gestaltveränderungen richtig bezeichnen will, als Pes planterflexus, pronatus, abductus, dorsalflexus benennen muß, da zuerst durch die fortschreitende Verkürzung der Achillessehne Talus und Calcaneus gegen das Kruralgelenk in Plantarflexion gestellt werden,

dann eine Pronation zustande kommt durch das Tiefertreten des Taluskopfes, und da weiterhin Abduktion des Vorderfußes dadurch eintritt, daß der Innenrand des Fußes durch das Dazwischentreten des Taluskopfes zwischen Calcaneus und Os naviculare um die Breite des Taluskopfes verlängert wird, und schließlich eine Dorsalflexion im Chopart'schen Gelenk erfolgen muß, um das Auftreten mit dem ganzen Fuß zu ermöglichen.

Anfangs ist diese Umordnung der Fußwurzelknochen noch labil, später tritt Fixation ein, wir haben es dann mit dem kontrakten Plattfuß zu tun, den man auch fälschlich „entzündlichen Plattfuß“ benannte; das Endstadium ist der „ankylotische Plattfuß“, der seinem Träger dann oft gar keine Schmerzen mehr verursacht. Die Schmerzen sowie die Schmerz- und Druckpunkte sind beim beginnenden Plattfuß äußerst mannigfaltig; besonders zu beachten sind der bohrende tiefsitzende Schmerz in der Mitte der Ferse und die Schmerzhaftigkeit der Metatarsalköpfchen; aber auch Schmerzen an der Außenseite der Gelenkspalte des Knies und im Hüftgelenk werden beobachtet, während am Fuße selbst noch keine Beschwerden bestehen.

Bei der Behandlung des erworbenen Plattfußes ist das Augenmerk zunächst auf das Schuhwerk zu richten: die Schuhe müssen breit sein, da spitze Schuhe den Fuß in Abduktion bringen, und müssen einen breiten Absatz haben. Beim Stehen muß der Patient die Füße parallel oder eher etwas einwärts rotiert stellen, da auf diese Weise der Fuß auch supiniert wird, nie darf er in sogenannter „militärischer“ Fußstellung mit auswärts rotierten Füßen stehen. Ferner ist der entstehende wie der schon eingetretene Plattfuß mit Massage und Gymnastik zu behandeln und man muß dem Patienten für ihn besonders gefertigte Einlagen in seine Schnürschuhe geben. Kontrakte Plattfüße werden durch achttägige absolute Bettruhe und durch hydropathische Umschläge und heiße Fußbäder mobilisiert. Nach der Mobilisierung wird der Fuß in Narkose in möglichst starker Supinationsstellung für vier Wochen eingegipst und dann erst beginnt die Therapie mit den Einlagen; manchmal ist es notwendig, die verkürzte Achillessehne plastisch oder durch Tenotomie zu verlängern, ehe man den Gipsverband anlegt. Endlich nimmt man bei ganz schweren Plattfüßen, bei denen das forcierte Redressement nicht ausreicht, osteoplastische Operationen nach Ogston oder Gleich vor. Vf. beschreibt ausführlich seine Technik der Herstellung von Zelluloid-Plattfußeinlagen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13, 1905.)

Klar, Heidelberg.

Die Resultate der Laparatomie bei tuberkulöser Peritonitis an der k. Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen. Von Rudolph Mohrmann.

Für die seröse Form der Bauchfelltuberkulose ist die Prognose nach der Laparatomie eine ziemlich günstige. Es werden Dauerheilungen in nicht ganz der Hälfte der Fälle erreicht. Bei der trockenen Form ist der Heilwert der Laparatomie ein sehr geringer. Die Gefahr einer Kotfistelbildung ist ziemlich erheblich. Das Verhalten der Temperatur bei der Peritonitis tuberculosa läßt mit einiger Sicherheit einen Schluß auf den Verlauf der Bauchfellerkrankung zu. Es scheint, daß man nach dem Vorgange Borchgrevinks aus dem anatomischen Verhalten der Tuberkeln einen Schluß auf die Prognose ziehen darf. — (Inaug.-Diss., Göttingen 1903.)

F. L.

Ueber die Wichtigkeit der Askariden in der Abdominalchirurgie. Von Napoleone Soma.

Bericht über einen Fall von inkarzerierter Hernie, bei der die strangulierte Darmschlinge eine kleinste Perforation zeigte, die genäht wurde. Wenige Tage später drängte sich durch die Perforationsstelle, wo das junge Gewebe noch wenig resistent sein mochte, ein Askaris von 12 cm Länge. Um Derartiges zu verhüten, rät Vf., in ähnlichen Fällen durch die Darmöffnung eine anthelminthische Flüssigkeit in den Darm hineinzubringen. — (Gazz. degli ospedali, 30. April 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Laryngologie und Rhinologie.

Zur Behandlung des Heufiebers. Von Prof. Dr. Alfred Denker.

Vf. bespricht zunächst die bisherigen Untersuchungen über Dunbar's Toxin und Antitoxin und deren zweifelhafte Ergebnisse und berichtet dann über seine eigene, in acht Fällen geübte Behandlung des Heufiebers mit Massage der Nasenschleimhaut. Er neigt der von Thost ausgesprochenen Ansicht zu, daß bei allen Heufieberkranken eine lokale Disposition der Nasenschleimhaut vorhanden sein müsse und war bestrebt, diese Empfindlichkeit durch Massage zu bekämpfen. Er pinselt mit einer Lösung von 10% Kokain und 1‰ Adrenalin und massiert dann mit einer watteumwickelten Sonde, die in Europhenöl (1 : 10) getaucht wurde. Dies wird täglich 2—4 Minuten lang gemacht. Drei der so behandelten Fälle blieben im nächsten Jahre gänzlich vom Heufieber verschont und drei andere hatten nur ganz leichte Anfälle. Wenn die Augensymptome sich nicht gleichzeitig bessern wollten, sah Vf. befriedigende Erfolge von der Einträufelung von Tct. Opii croc., Aqu. dest. aa, in den Konjunktivalsack, 1—2mal täglich. Während der Behandlung konnten die Kranken ihre gewohnte Lebensweise fortsetzen und waren nicht gezwungen, bei geschlossenen Fenstern zu schlafen oder gar sich tagsüber ganz zu Hause zu halten. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 19, 1905.) Weil.

Zur Behandlung des Heuschnupfens. Von Dr. E. Urbantschitch.

Vf. übt seit einigen Jahren auch die Massagebehandlung der Nasenschleimhaut gegen den Heuschnupfen, und zwar mit Hilfe eines von ihm schon früher beschriebenen kleinen elektrischen Apparates, der zum Betriebe bloß zwei Elemente benötigt, wenn Straßenstrom nicht vorhanden ist. Er massiert 3—4mal wöchentlich, 2—5 Minuten lang, bloß mit dem Sondenknopf ohne jedes Medikament, doch steht der Anwendung eines solchen natürlich nichts entgegen. Seine Erfolge scheinen günstige zu sein. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1905.) Weil.

Zwei neue Lokalanästhetika in der rhino-laryngologischen Praxis (milchsaures Eukain, Stovain). Von Dr. Artur Meyer.

Bei der Anwendung des Kokains zur Lokalanästhesie ist seine gefäßkontrahierende Wirkung häufig sehr unerwünscht; auch seine Giftigkeit und seine Unbeständigkeit beim Kochen sind Uebelstände und man suchte seit jeher nach anderen Anästheticis, welche diese Eigenschaften nicht besitzen.

Das β-Eucainum lacticum hat vor dem längst bekannten Eucainum muriat. den Vorzug größerer Löslichkeit (bei Zimmertemperatur bis 22·5%) und nur ein Viertel der Giftigkeit des Kokains, ist durch Kochen sterilisierbar, ohne seine Wirksamkeit zu verlieren; 15%ige Lösungen sind 10%igen Kokainlösungen gleichwertig. Die gewöhnlichen Nasenoperationen wurden mit diesen ebenso schmerzlos ausgeführt. Zur submukösen Injektion bei Septumresektionen wurde 1%ige Lösung mit 1‰ Adrenalin mit gutem Erfolge benützt. Im Larynx versagt jedoch Eucainum lacticum völlig, selbst in Form eines mit heißem Wasser angerührten Breies. Vergiftungserscheinungen und Nachblutungen wurden niemals beobachtet.

Das Stovain wurde von Fourneau unter den von ihm dargestellten Körpern aus der Klasse der tertiären Amino-Alkohole, welche alle anästhesierende Eigenschaften haben, als der geeigneteste befunden. Stovain ist sehr leicht in Wasser löslich, verträgt das Kochen und zersetzt sich erst bei 120°. Selbst in 1%iger Lösung hat es noch ziemlich energische antiseptische Eigenschaften. Die Vergiftungserscheinungen sind denen mit Kokain sehr ähnlich, doch ist die letale Dosis für Meerschweinchen 0·15 bis 0·2 per Kilogramm gegen 0·05 bei Kokain, also ist es nur etwa ein Drittel so giftig, als dieses. Es erzeugt keine Vasokonstriktion, sondern eine geringe Dilatation. Zur Anästhesie in Nase und Rachen wurden 5 und 10%ige Lösungen benützt, erstere fast ebenso wirksam als letztere, einer 10%igen Kokainlösung vollkommen gleichwertig; zur subkutanen Injektion wurden 0·5% verwendet. Aus-

nahmslos war die Anästhesie ausgezeichnet; üble Zufälle fehlten gänzlich. Im Kehlkopf aber ist selbst bei Anwendung von 20%igen, sogar mit Pulver verstärkten Lösungen die Anästhesie anscheinend nicht so gut, wie bei Kokain, besonders an der Hinterwand. Der Geschmack ist nicht so widerlich bitter; Uebelichkeiten traten niemals auf. — (Therap. Monatsh., Mai 1905.) Weil.

Augenheilkunde.

Heilung eines Tränensackkarzinoms durch Röntgen-Strahlen. Von Guibert und Gueriteau.

Vor 15 Jahren hatte der jetzt 56jährige Patient ein Eiterbläschen auf der Nasenwurzel, worauf er das jetzige Leiden zurückbezieht. Der Tränensack ist infolge völliger geschwüriger Zerstörung seiner vorderen Wand breit eröffnet, man blickt auf eine gut bohnengroße Höhlung; die hintere Tränensackwand und die Ränder sind mit fleischigen Granulationen bedeckt und bluten bei der geringsten Berührung; gegen das gesunde Gewebe grenzt sich die kranke Partie mit einem vorspringenden harten Wulst ab; die daranstoßende Partie des Unterlides ist ulzeriert, die temporale Partie induriert; das Unterlid ist ektropioniert und zum Teil mit dem Periost des Orbitalrandes verwachsen.

Der Patient wurde nun der Röntgen-Behandlung zugeführt. Die erste Sitzung fand am 1. April 1904 statt, von 20 Minuten Dauer, die zweite unter denselben Bedingungen am 2. April, die dritte am 17. April von 15 Minuten Dauer, die vierte am 18. April von 15 Minuten Dauer. Am 2. Mai zeigte sich leichte Reaktion, reichliches Nässen der deutlich erythematösen Haut. Patient hat an der bestrahlten Stelle das Gefühl des Verbranntseins; der Grenzwulst ist zusammengesunken und weicher, das Geschwür hat ein besseres Aussehen.

Der weitere Verlauf gestaltete sich folgendermaßen: Fünfte Bestrahlung 20 Minuten: Erythem hat nicht zugenommen, das Verbrennungsgefühl ist weniger ausgesprochen; das Unterlid zur Hälfte vernarbt, der Grenzwulst völlig zusammengesunken, das Geschwür der Tränensackgegend beinahe ausgefüllt.

Sechste Bestrahlung 20 Minuten: Heftige Reaktion, Erythem und leichte Ulzerierung um die erkrankte Stelle herum. Röntgen-Dermatitis mit reichlichem Nässen und ziemlich heftigen Schmerzen; das ganze Gewebe stark ödematös.

Siebente Bestrahlung 20 Minuten: Die Haut wohl etwas rot, schuppig, jedoch keine Schmerzen; Röntgen-Dermatitis geheilt. Am Unterlid ist nur noch eine etwa kleinlinsengroße geschwürige Stelle zu sehen. Der Tränensack ist völlig geschlossen. Verwachsungen mit dem Periost nicht mehr nachweisbar. Bei Palpation des Tränensackes keine Induration zu konstatieren. Am 18. Juli die ganze ulzerierte Stelle vernarbt, kein krankes Gewebe nachweisbar, das Ektropium ist zurückgegangen, das ganze Unterlid ist rein. Um ein Rezidiv zu verhüten, wird noch eine letzte (die achte) Bestrahlung 25 Minuten Dauer vorgenommen.

Der Schlußstatus ist folgender: Kaum eine zarte, elastische, nicht harte, etwas blasse Narbe sichtbar.

Im September 1905 stellt sich Patient rezidivfrei vor. — (Die ophthalmolog. Klinik Nr. 6, 1905.) Dr. Jänner.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Beitrag zur Frage der gemischten Hedonalchloroformnarkose. Von Dr. E. D. Podhoretzki. (Aus der Gebäranstalt in St. Petersburg; Direktor: Prof. Dr. Fenomenoff.)

Die gemischte Hedonalchloroformnarkose wurde in 50 Fällen, und zwar ausschließlich bei Frauen, angewendet. Das Hedonal wurde in Dosen von 2·0 g ½ bis 1 Stunde vor der Operation in Oblaten gegeben. Da diese Dosis etwas geringer ist, als diejenige, die von anderen Chirurgen gegeben wird, so schliefen in der Mehrzahl der Fälle (41 von 50) die Patientinnen nicht ein, sondern befanden sich in einem soporösen Zustand, wobei manche über Schwere im Kopfe und hauptsächlich in den Beinen klagten.

Sämtliche Kranke, mit Ausnahme von drei, reagierten sehr rasch auf die Narkose, und darin erblickt Vf. einen der Hauptvorzüge der in Rede stehenden Methode. Im Durchschnitt trat die Narkose bei der Tropfmethode in 4$^1/_2$—5 Minuten ein. Das Exzitationsstadium fehlte vollständig oder war sehr schwach ausgesprochen (drei Fälle). Somit blieben die nachteiligen Folgen dieser Exzitation aus. Was die Chloroformquantität anbetrifft, so war diese nicht nur hinsichtlich der Herbeiführung der Narkose, sondern auch hinsichtlich der Unterhaltung derselben verringert.

In 46 von den 50 Fällen wurden sogenannte größere gynäkologische, Eröffnung der Bauchhöhle erheischende Operationen ausgeführt, d. h. solche, in denen schon aus technischen Gründen möglichst vollständige Narkose erforderlich ist. Und diese Narkose konnte durch weit geringere Chloroformdosen erreicht und unterhalten werden, als es sonst der Fall zu sein pflegt. Im Durchschnitt betrug der Chloroformverbrauch zirka 24·5 pro Stunde; es waren aber auch Fälle, in denen die Operation (Exstirpation uteri totalis per laparotomiam) im engeren Sinne des Wortes eine Stunde 55 Minuten, jedoch samt der in Narkose ausgeführten Vorbereitung der Patientin 2 Stunden 18 Minuten dauerte, und trotzdem genügten 35·0 Chloroform zur Erreichung einer absolut vollständigen Narkose. Bei kurzdauernden Operationen, die einen sehr tiefen Schlaf nicht erheischen, sank die Chloroformquantität bis 6·0 (Kurettement und Aetzung des Collum uteri: Dauer 14 Minuten).

Während der Narkose betrug die Pulszahl in sämtlichen Fällen, bis auf einen, zirka 67—80, und nur zu Beginn der Narkose zeigte der Puls eine unbedeutende Steigerung. Die Atmung war bei sämtlichen Kranken eine durchaus befriedigende. Ein Stillstand der Atmung ist nur bei einer einzigen Patientin beobachtet worden, wobei aber die gefährliche Situation durch künstliche Atmung rasch behoben werden konnte.

In sämtlichen Fällen war eine zweifellose Herabsetzung der Neigung zu Erbrechen zu beobachten. Es kam bei 34 Patientinnen überhaupt nicht zu Erbrechen. Bei 9 Kranken wurde Erbrechen einmal, bei 3 Kranken zweimal, bei 2 Kranken dreimal beobachtet, und nur in einem einzigen Falle war das Erbrechen schwer und andauernd.

Was die sonstigen Komplikationen anbetrifft, so wurde in fünf Fällen, in denen die Narkose sehr lange (über eine Stunde) gedauert hat, leichte Zyanose der Lippen, übrigens bei durchaus gutem Pulse, sowie bei durchaus guter Atmung beobachtet. Nach dem Erwachen der Patientin verschwand diese Zyanose rasch. Das Erbrechen zu Beginn des Chloroformierens wurde dreimal beobachtet, wobei mit den erbrochenen Massen auch Hedonalklümpchen herauskamen. Aus diesem Grunde wird es sich vielleicht empfehlen, das Hedonal in irgend einer Lösung zu geben.

Den Gesamteindruck, den Vf. bei der Anwendung der Hedonal-Chloroformnarkose gewonnen hat, glaubt er folgendermaßen formulieren zu können:

1. Der Schlaf tritt bei dieser Narkose rascher ein, als bei Anwendung von Chloroform allein.

2. Die zur Herbeiführung der Narkose sowie zu ihrer Erhaltung erforderliche Chloroformquantität ist geringer.

3. Irgend eine unangenehme Wirkung auf Herz und Atmung wurde nicht beobachtet, wohl aber ein qualitativ besserer Puls konstatiert, als bei Anwendung von Chloroform allein.

4. Erbrechen wurde nach der Narkose bedeutend seltener als bei anderen Mitteln beobachtet.

5. 2·0 Hedonal (bei Frauen) genügen, um die vorteilhafte Wirkung zu voller Bedeutung kommen zu lassen.

6. Da das Hedonal schwerer resorbiert wird, empfiehlt es sich, das Mittel möglichst rechtzeitig, jedenfalls nicht weniger als eine Stunde vor Beginn der Chloroformierung zu geben. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 50, 1904.) F. L.

Morphin-Skopolamin-Narkose. Von Dr. Korff.

Vf. berichtet über 130 Fälle, in welchen die Morphin-Skopolamin-Narkose in

Anwendung gezogen wurde und bei welchen keine ungünstigen Resultate beobachtet werden konnten. Von Nebenwirkungen traten die an Augen und am Gefäßapparate besonders hervor, doch gingen diese Störungen wieder bald vorüber. Ganz besonders auffallend war die starke Gefäßerweiterung im Karotisgebiete bei sonst ruhiger Herzaktion. Dilatation anderer Gefäßgebiete, sowie stärkere Blutungen, speziell bei Bauchoperationen, wurden nicht beobachtet. Der einzige Uebelstand war bisher die unsichere Dosierung. Die besten Resultate konnte Vf. bei folgender Anwendung erzielen: Die erste Injektion wurde vier Stunden vor der Operation appliziert, und zwar Morphin 0·01 mit Skopolamin 0·0012, eine gleich starke nach zwei Stunden und eine dritte eine halbe Stunde vor der Operation. Statt der Malaise, der Schmerzen, des starken Brechreizes war eine wohltuende Ruhe zu beobachten sowie ein oft viele Stunden anhaltender Schlaf. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 27, 1903.) Königstein.

Zur Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden. Von G. Ehrich.

Vf. berichtet über 100 Fälle, in denen folgendes Operationsverfahren eingeschlagen wurde: Nach kräftiger Dehnung des Sphinkters wurden die einzelnen Knoten weit hervorgezogen und an ihrer Basis mit stärkster Seide unter größter Kraftanwendung umschnürt. Um die Ligatur besser zu versichern, wurde in letzter Zeit vom Vf. mit der Schere die Basis des Knotens eingekerbt und der Faden in dieser Furche geknotet. Darauf wird ein eingefetteter Jodoformgazetampon eingeführt. Durch vier Tage wird Opium gegeben, am fünften Tage Rizinus. Die Ligaturen läßt man spontan abstoßen. Bei äußeren Hämorrhoidalknoten werden 1—2 Tropfen einer 90%igen Karbol-Glyzerinlösung eingespritzt, nachdem die Umgebung durch Alkoholtupfer entsprechend gestützt wurde. Nach Erfahrung des Vf. haben sich beide Methoden miteinander kombiniert sehr gut bewährt. Bei 82 Nachuntersuchten wurden bloß 5 Rezidiven gefunden. Die Resultate dieser Methode sind gleichwertig der anderen. Ein wesentlicher Vorzug liegt darin, daß sie unblutig und die Technik sehr einfach ist. Es werden große Schleimhautflächen erhalten und das Entstehen von narbigen Strikturen vermieden. — (Beitr. z. klin. Chirurgie, Bd. 35, H. 1.) Königstein.

Ueber die Erweiterung der Zervix durch das Bossi'sche Instrument. Von A. Blau.

Vf. berichtet über zwölf Fälle der Klinik Chrobak, in denen das Dilatatorium von Bossi in Anwendung gekommen war, nachdem er vorerst in sehr ausführlicher Weise die verschiedenen bisher üblichen blutigen und unblutigen Dilatationsmethoden einer eingehenden Kritik unterzieht. Das Bossi'sche Dilatatorium wurde verwendet in drei Fällen von Eklampsie, zweimal bei heftiger Blutung wegen vorzeitiger Plazentarlösung, viermal bei drohender Uterusruptur mit gering erweitertem Muttermund, dreimal bei Fieber mit Schüttelfrösten während der Geburt. Von diesen zwölf Frauen verließen elf nach normal verlaufenem Wochenbette in gesundem Zustande die Klinik, eine Frau jedoch, die in hochgradig anämischem Zustande fast pulslos an die Klinik gebracht wurde, starb $1^1/_2$ Stunden nach der Kraniotomie infolge von Blutung aus peritonealen Fissuren der Hinterwand der Gebärmutter. Viermal wurde die Dilatation vorgenommen bei einem Zervikalkanal von 1—3 cm Länge. In den restlichen Fällen war der Zervikalkanal wohl verstrichen, der Muttermund jedoch dicksäumig und wenig erweitert. In den letzteren Fällen wurde das Instrument mehr zu Versuchszwecken in Anwendung gezogen. Inzwischen wurde der Zervikalkanal auf Zweifingerbreite erweitert, um die kombinierte Wendung vornehmen zu können, in fünf Fällen wurde nach erfolgter Erweiterung ein atypischer Forzeps, in den restlichen fünf Fällen die Kraniotomie vorgenommen. Die Erweiterung vollzog sich im Zeitraume von 4—35 Minuten. Verletzungen wurden nur in zwei Fällen gesetzt als unmittelbare Folge der Ver-

wendung des Instruments von Bossi. Doch waren diese Verletzungen nur geringfügiger Natur. Da es sich zeigte, daß diese Verletzungen dadurch zustande kamen, daß sich die schmalen Branchen des Instruments bei stärkerer Dilatation in den Muttermund einbohrten, so wurden auf Veranlassung des klinischen Chefs die Bossi'schen Originalhülsen dahin modifiziert, daß sie breiter und länger, sowie leicht nach auswärts gekrümmt und abgerundet angefertigt wurden, wodurch das Einschneiden in das Gewebe verhindert, sowie eine gleichmäßige Erweiterung erzielt werden sollte. Vf. gibt die Möglichkeit zu, daß durch die Applikation des Dilatatoriums von Bossi Verletzungen verursacht werden können, doch ist er der Ansicht, daß daran nur kleine technische Mängel des Instruments schuld sind, die verbessert werden können. Unter anderem empfiehlt Vf. behufs noch empfindlicherer Dosierung der Dilatation, die Steilheit der Schraube zu verringern. Weiters ist Vf. der Ansicht, daß das Bedenken der Atonie nach seinen eigenen Erfahrungen nicht begründet ist. Schließlich erklärt Vf., durch seine eigenen Erfahrungen mit dem Instrumente zur Ueberzeugung gelangt zu sein, daß das Dilatatorium von Bossi imstande sei, gute Dienste zu leisten, da es durchwegs in allen seinen Fällen eine raschere Geburtsbeendigung ermöglichte, als mit den sonst üblichen Methoden hätte erreicht werden können. Mithin wäre es ein Unrecht, sich gegen das Instrument ablehnend zu verhalten. Zumindest fordern die bisherigen Erfahrungen zu neuen Versuchen heraus. Vf. betont nochmals, daß das Instrument besonders bei eklamptischen Anfällen mit erhaltenem Zervikalkanal sich tatsächlich gut bewährt habe. Allerdings ist in letzterem Falle die vollkommene Dilatation nur nach strengst gestellter Indikation auszuführen. In Fällen, bei denen der Zervikalkanal verstrichen und die Indikation zur Geburtsbeschleunigung gegeben ist, kann man sich relativ leicht entschließen, vollkommen zu erweitern und zu extrahieren. Zum Schlusse spricht Vf. seine Ansicht dahin aus, daß das Dilatatorium von Bossi geeignet sei, eine bisher bestandene Lücke im geburtshilflichen Instrumentarium auszufüllen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 8, 1903.)

Königstein.

Urologie.

Des Thiosinamin, ein Hilfsmittel in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen. Von E. Remete.

Von den bekannten Erfahrungen über die günstige Einwirkung des Thiosinamins auf Narbengewebe ausgehend, empfiehlt Vf. das Mittel zur Behandlung von Harnröhrenverengerungen. Die Anwendungsweise besteht in subkutaner Injektion der 1%igen alkoholischen Lösung. Vf. bekam den Eindruck, daß die Strikturen mittleren Kalibers sich zur Thiosinamininjektion am besten eignen, wohl deshalb, weil durch die entzündliche Reaktion, die der Applikation des Mittels unmittelbar folgt, enge Strikturen durch die Anwendung von Thiosinamin in all ihren Symptomen verschlimmert werden. — (Zentralbl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane Nr. 4, 1905.) V. Blum.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgen-Strahlen. Von L. Moszkowicz.

Vf. machte in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien eine vorläufige Mitteilung über seine Erfahrungen an Prostatikern, die er mit X-Strahlen behandelte.

Er ging von dem Gedanken aus, daß die hypertrophische Prostata als Drüsenwucherung gegen Röntgen-Strahlen empfindliche epitheliale Anteile enthält. Dazu kommt der Umstand, daß in der Prostata sehr viel Lezithin aufgespeichert ist, ein Körper, der für Röntgen-Strahleneinwirkung besonders empfindlich ist; so bestehen die Corpuscula amylacea zum größten Teile aus Lezithin und auch im normalen Sekret der Drüse finden sich die überaus zahlreichen Lezithinkügelchen. Dieser Umstand erhöht nach Vfs. Ansicht die besondere Empfindlichkeit der Prostata gegenüber den Röntgen-Strahlen.

Zur Bestrahlung der Prostata mit Röntgen-Strahlen wurde die hintere Fläche derselben durch ein Mastdarm-Röhrenspekulum eingestellt, und das Röntgen-Licht durch eine röhrenförmige Blende gegen das Spekulum gerichtet. Vf. berichtet über drei Fälle, die auf diese Weise mit gutem Resultat behandelt wurden, unter anderen über einen Fall von kompleter Harnretention, die einen jahrelangen Kathetergebrauch notwendig gemacht hatte, bei welchem nach Applikation der Röntgen-Strahlen spontane Miktion eintrat.

Aehnliche Erfolge verspricht sich Vf. von der Anwendung von Radiumbromid, das durch katheterförmige Instrumente direkt in die Urethra prostatica eingeführt werden kann.

Auf Grund dieser drei günstigen Resultate empfiehlt Vf. das Verfahren zur weiteren Nachprüfung. — (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14, 1905.)

V. Blum.

Prostatasekret und Prostatitis, ein Beitrag zur Entzündungsfrage. Von C. Posner und L. Rapoport.

Vf. besprechen die in vielen Punkten auffällige Aehnlichkeit der Sekretion der Prostata mit der Milch- und Kolostrumsekretion. Die Granulationen in der Prostataflüssigkeit bestehen aus Lezithin, welches von den Epithelzellen sezerniert wird, ähnlich wie die Milch- und Kolostrumkörperchen. Wenn aus irgend einem Grunde das Prostatasekret keinen freien Abfluß findet, so wandern Leukozyten in die Drüse ein, die durch Phagozytose die Lezithinkörperchen in sich aufnehmen. Es gibt sicherlich viele Fälle von Prostatitis, in welchen das infektiöse Moment fehlt, wo klar auf den vorhergenannten Umstand die Entzündung zurückzuführen ist. Das Verschwinden der Lezithingranulationen im Sekret ist in der Regel ein Zeichen von Stagnation des Sekretes mit Einwanderung von Leukozyten.

Wenn das mechanische Hindernis für den freien Sekretabfluß behoben wird, hört auch die Leukozyteneinwanderung auf und die Entzündung ist behoben. Darauf gründet sich der günstige Einfluß der Massage, Elektrizität und Hydrotherapie. Bei bestehender chronischer Prostatitis besteht also die Hauptindikation, entweder bei infektiven Prozessen die durch dieselbe bedingten Entzündungen zu beheben, oder bei mechanischer Stagnation des Sekrets für dessen freien Abfluß Sorge zu tragen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13, 1905.)

V. Blum.

Verstümmelung der äußeren Genitalien. Von O. v. Frisch.

Einen äußerst seltenen Fall von Verstümmelung der äußeren Genitalien demonstrierte Vf. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. An einem 15jährigen Knaben wurde ein vollständiger Mangel der äußeren Genitalien konstatiert. Penis und Skrotum und ein Testikel fehlten. In der Linea alba, drei Finger über der Symphyse, findet sich eine linsengroße Schleimhautfläche, die dem Ende der Corpora cavernosa entspricht. Durch diese Oeffnung wird in starkem Strahl der Harn entleert. Von diesem Orificium urethrae tastet man gegen das Perineum eine vollkommen normale Urethra. Die umgebende Haut gleicht vollkommen der Skrotalhaut. In der rechten Bauchseite fühlt man bei tiefer Palpation einen kleinen ovalen Tumor, welcher wohl dem nicht deszentierten Hoden entspricht.

Die Entstehung der Verstümmelung ist auf die früheste Jugend des Knaben zurückzuführen. Im Alter von sechs Monaten wurde er mit einem Hunde allein in einem Zimmer gelassen, der ihm den Penis und Hodensack abbiß. Der Kranke kann ohne Beschwerden urinieren, und beklagt sich nur über gelegentliche Schmerzen in der rechten Leistengegend, welche von dem nicht deszendierten Hoden herrührten. — (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11, 1905.)

V. Blum.

Röntgen-Behandlung der Hodentuberkulose. Von W. B. de Garmo.

Vf. bespricht die Krankengeschichte eines 56jährigen Mannes, der kurz nach der Exstirpation des einen Hodens wegen Tuberkulose auf der anderen Seite eine

ähnliche Affektion bekam. Da der Kranke seine Einwilligung zur Exstirpation des zweiten Hodens nicht gab, versuchte der Vf. die Röntgen-Behandlung. 126 (!) Bestrahlungen von zehn Minuten Dauer wurden im Verlaufe eines Jahres ausgeführt. Die Röntgen-Röhre hatte von dem bestrahlten Organe einen Abstand von 10 Zoll. Schon die erste Bestrahlung soll die Schmerzen behoben haben. Die Schwellung und Verhärtung ging langsam zurück und bei Beendigung der Behandlung hatte der Hoden normale Größe und wies normale Verhältnisse auf. (Die Abnahme der „Schwellung" ist wohl auf eine Röntgen-Atrophie des Hodens zurückzuführen. Vf. kann von Glück sprechen, wenn diese Hodenatrophie der einzige Effekt seiner 126 Bestrahlungen war. Ref.) — (Medical Record, 15. April 1904.) V. Blum.

Dermatologie.

Ueber Sapolan. Von Dr. Zakrzewski

Im Unterschied von dem schmutzig dunklen Präparate, wird seitens der Fabrik Zibell in Triest neuerdings unter dem Namen „Sapolanum filtratum flavum" ein mittels Filtration durch Tonerde gewonnenes Salbengemenge in den Handel gebracht. Mit diesem Präparat hat Vf. an Josephs Poliklinik Versuche angestellt. Bei akuten Formen des Ekzems, gleich wie bei chronischen Arten, wurden zufriedenstellende Resultate erzielt. Bei stark juckenden, wenig nässenden, mit Rhagaden einhergehenden Flechten, bei Lichen chronicus simplex soll völlige Heilung zu erzielen gewesen sein. Unseres Erachtens muß hier mit der minder exakten Präzisierung der Diagnosen eine besonders optimistische Auffassung der Heileffekte einhergegangen sein. Wenigstens ist es schwer zu glauben, daß dem hartnäckigsten aller Uebel, dem zirkumskripten Lichen chronicus, der sich selbst den energischesten Maßnahmen gegenüber völlig refraktär zu verhalten pflegt, mit dem gereinigten Sapolan ohneweiters beizukommen sei. Das von Mracek angegebene Präparat hat uns in der Richtung nicht mehr geleistet, als alle früheren medikamentösen Hilfsmittel. Daß Pityriasis rosea und andere superfizielle, squamöse Hautprozesse auf Sapolan gut reagieren, ist allgemein anerkannt und findet in den Erfahrungen des Vfs. eine weitere Bestätigung. — (Dermatol. Zentralbl., Mai 1905.) N.

Die kombinierte Jod-Chininbehandlung des Lupus erythematosus nach Holländer. Von Dr. M. Oppenheim.

Die an Fingers Klinik gebräuchliche Modifikation hat folgende Anordnung: Zunächst wird mit 0·05 g Chin. sulf. oder bisulfuric. nach einer eventuell bestehenden Idiosynkrasie gefahndet. Fehlt diese, so erhalten die Patienten an den ersten drei Tagen 0·5 g Chinin. Vor der Jodeinpinselung werden die erkrankten Stellen mit Alcohol. absol., resp. Aether, von den anhaftenden Schuppen befreit, die Jodtinktur wird hierauf mit einem Borstenpinsel energisch aufgetragen. Nach drei Tagen erhalten die Patienten um 0·5 g Chinin mehr, welche Steigerung der Dosis eventuell bis zu 8 halben Grammen pro die fortgesetzt wird. Bei der höchsten Tagesmenge bleiben die Kranken so lange, bis eine deutliche Abblassung und Abflachung der Krankheitsherde eintritt. Hierauf erfolgt in dreitägigen Intervallen eine Verminderung des täglich verabreichten Chininquantums um 0·5 g, bis wieder zweimal täglich 0·5 g erreicht sind. Eine Unterbrechung dieses Turnus findet nur bei Störungen (Ohrensausen, Schwerhörigkeit) statt. Alle behandelten Kranken bekamen über 100 g Chinin, ohne daß unangenehme Nebenerscheinungen auftraten. Von sechs behandelten Fällen wurden zwei geheilt entlassen, vier rasch und bedeutend gebessert. Der Schlüssel des Erfolges ist unseres Erachtens nicht an die Einhaltung eines schematischen Turnus gebunden, da wir bei den verschiedensten Anordnungen, namentlich aber bei konstant bleibenden, 1 g nicht überschreitenden Tagesdosen von Chinin dieselben vorzüglichen Heilerfolge verzeichnen konnten, als O. (Referent). Namentlich die ganz oberflächlich sitzenden diffusen Ausbrüche mit akuterem Charakter pflegen nach 3—4wöchentlicher Behandlungs-

dauer ein Aussehen darzubieten, das wohl mit keiner der früher geübten Behandlungsmethoden zu erzielen ist. Die Wirkung des Verfahrens führt Vf. auf den Chiningehalt der erkrankten Hautpartien zurück, der durch die chemotaktische Wirkung des aufgepinselten Jods herbeigeführt werden soll. — (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3, 1905.) N.

Zur Behandlung der bukkalen Leukoplasie. Von G. Filarétopoulo.

Unter den ätiologischen Momenten für das Zustandekommen der Leukoplasie der Mundhöhle mißt Vf. der Syphilis einen bedeutsamen Wert bei, besonders wenn der Erkrankte nicht behandelt und Raucher ist. Die Raucherleukoplasie sitzt an den Kommissuren der Lippen und der Wangenschleimhaut. Dyspepsie und Herpetismus sollen gleichfalls von provokatorischer Bedeutung sein. Die Behandlung ist von Erfolg begleitet, wenn sie frühzeitig eingeleitet wird. Bei sonstigen Luesanzeichen energische Allgemeinbehandlung. Die Verdauung ist zu regeln. Bei Lichen planus: Arsenik. Lokal: Verbot des Rauchens, des Alkohols, sehr heißer und sehr kalter Speisen und Getränke. Große Sorgfalt der Mundpflege, Gurgeln und Spülen mit alkalischen Wässern (keine Adstringentien), mit Kal. chlor. und Salzwasser, Betupfen mit verdünnter Borsäure- und Salizyllösung, bei Schmerzen Kokain oder 5% Papaïotin. Bei Trockenheit und Induration: Jodolbalsam, Peruvianbalsam. Gegen tiefe Fissuren: Aetzungen mit Lapis, Milchsäure. Bei dicken indurierten Plaques oder papillomatös entarteten Stellen Anwendung des Thermo- oder Galvanokauters. — (Journ. d. mal. cut. et syph., Februar 1905.) N.

Ueber die Behandlung des Pemphigus neonatorum. Von L. Ballin.

Strenge Isolation der kranken Kinder, Verhinderung der Autoinokulation durch Abschluß der Blasen nach außen und Beförderung der Heilung sind die Aufgaben, die die Behandlung des Pemphigus neonatorum zu erfüllen hat. Für die letzten beiden Punkte empfiehlt Vf. nach Abtragen der Blase Ichthargan 5·0; Tragacanth. 1·5; Aq. dest ad 50·0 auf die Wundfläche zu streichen, eine dünne Schicht Watte darauf zu drücken und noch einmal die Lösung daraufzustreichen. Diese Hülle fällt nach 4—5 Tagen, nachdem die Heilung eingetreten ist, ab. Eventuell nochmalige Einpinselung. Bei ausgebreiteten Formen erwiesen sich die Bardeleben'schen Wismutbrandbinden als wirksames Heilmittel, bei unvollständiger Heilung durch diese und bei Effloreszenzen auf dem Kopfe nach Rasieren Ung. sulfur. rubr., in einzelnen Fällen von ausgebreitetem Pemphigus Umschläge mit essigsaurer Tonerde. Zur Verhinderung der Beschmutzung wurde der Bendix-Finkelstein'sche Apparat für Stoffwechseluntersuchungen angewendet. Durchschnittliche Heilungsdauer: eine Woche. — (Therapie d. Gegenw., Juli 1904.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Therapeutische Erfahrungen über Enésol (salizyl-arsensaures Quecksilber) bei Syphilis. Von O. Goldmann.

Enésol ist eine Doppelverbindung von salizylsaurem Quecksilber und Arsen, die trotz der beiden an und für sich stark toxisch wirkenden Komponenten in relativ großen Dosen durch längere Zeit dem Körper einverleibt werden kann, ohne toxisch zu wirken. Nach Coignet enthält es 38·46% Hg. und 14·4% As. Die wässerige, übrigens in Originalphiolen a 2 cm³ vertriebene Lösung ist klar; diese Menge stellt gleichzeitig die zur Injektion gebräuchliche Dosis dar. Die Injektionen wurden, abgesehen von der ersten Zeit der Versuche, jeden Tag gemacht; zum Schwinden der Erscheinungen sind ungefähr 15—20, manchmal auch mehr (30) Injektionen notwendig. Stomatitis ausgenommen, traten keinerlei Vergiftungserscheinungen auf; diese selbst wurde in neun von 50 Fällen konstatiert, ohne übrigens größere Dimensionen anzunehmen. Die durch die Injektion verursachte Schmerzempfindung ist individuell außerordentlich schwankend, gibt dem einen Kranken Anlaß zu vielfachen Kla-

gen, während sie den anderen kaum zu belästigen scheint. Dort, wo über Schmerz geklagt wird, lassen sich aber in der Regel auch objektiv derbe, druckempfindliche Knoten nachweisen.

Das Präparat scheint besonders wertvoll für die Behandlung von im Ernährungszustande sehr herabgekommenen Patienten zu sein, wie wir sie nicht selten bei Syphilis maligna praecox sehen. Ueberhaupt lassen sich im allgemeinen mit dem Mittel durchwegs befriedigende Erfolge erzielen, sowohl die Erscheinungen der Sekundär-, als auch Tertiärperiode betreffend.

Die vom Autor vorgenommenen Harnuntersuchungen ergaben, daß nach der Injektion von Enésol bereits nach zwei Stunden Hg. im Urin nachweisbar ist, daß aber der Nachweis nach Verlauf von 24 Stunden nicht mehr gelingt, es wird also sicherlich rasch ausgeschieden. Dieses Verhalten trifft aber bloß für die eine Gruppe von Fällen zu, ihr steht eine zweite gegenüber, in welcher der Nachweis des Hg. im Urin überhaupt nicht oder doch relativ undeutlich zu führen ist. Der Autor glaubt nicht, daß es sich hier um ein Zurückhalten des Quecksilbers in den parenchymatösen Organen handelt, sondern möchte eher eine Ausscheidung durch die Darmschleimhaut supponieren (die Fäzes wurden nicht untersucht).

In Bezug auf das Eintreten, bezw. Häufigkeit und Beschaffenheit der Rezidiven ist ein abschließendes Urteil derzeit noch nicht gestattet, immerhin scheinen die bisherigen Erfahrungen in dieser Beziehung dazu aufzufordern, die Injektionsbehandlung auch nach dem Schwinden der Erscheinungen eine Zeitlang fortzusetzen. Was der Autor über die Kombination von leicht- und schwerlöslichen Präparaten in der Behandlung der Syphilis sagt, gehört wohl kaum in den Rahmen der Enésolbetrachtung; übrigens finden sich diese Vorschläge in allen neueren Lehrbüchern. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. 40, H. 7.) D.

Ueber lösliches Kalomel (Kalomelol). Von Galewsky.

Die Bedeutung des Kalomels in der Therapie der Syphilis ist ja allgemein bekannt und anerkannt; sowohl in Form der lokalen Applikation als Streupulver und Salbe oder der jetzt weniger verwendeten Labaracque'schen Lauge, als auch bei der Allgemeinbehandlung als Kalomelöl läßt es uns selten im Stich. Diese Vorzüge des Präparates veranlaßten den Autor zur Prüfung des von der Fabrik Heyden in Radebeul hergestellten kolloidalen Kalomels oder Kalomelols.

Nach nunmehr zwei Jahre hindurch fortgeführten Versuchen glaubt der Autor das Mittel bestens empfehlen zu können. Das Kalomelol ist ein weißgraues, in Alkohol, Aether, Benzol unlösliches, im Wasser im Verhältnis 1·0:50·0 lösliches Pulver. Diese (sogenannte) Lösung im Wasser stellt sich als milchige Flüssigkeit dar. Es löst sich auch in Eiweißlösungen und Blutserum, ohne daß etwa, wie beim Kalomel, Sublimat entstünde.

Aus dem Kalomelol wurde eine weißlich-graue Salbe, das Unguentum Heyden mitius, dargestellt, deren Gehalt ungefähr 30% Quecksilber entspricht; die Salbe läßt sich, wenn auch etwas weniger gut als die übliche graue Salbe, auf der Haut verreiben und hinterläßt bloß einen minimalen weißlichen Ueberzug; auf diesen Punkt, also die Sauberkeit des Verfahrens, legt der Autor das Hauptgewicht. Das Mittel in Injektionsform zu verwenden, verbot sich sehr bald wegen der bedeutenden Infiltrate und Schmerzen, die sich einstellten. Dagegen wurde es sowohl äußerlich als Schmierkur, als auch innerlich in Pillen- und Tablettenform gegeben. Die zur Inunktion verwendeten Dosen schwankten zwischen 5—10·0 g. In vier Fällen von 50 zeigten sich Erscheinungen von Stomatitis, manchmal auch leichte Follikulitiden; im allgemeinen vergleicht der Autor die Wirkungen der Salbe einer milden Kur, also etwa 2—3·0 g schwachen Einreibungen mit grauer Salbe; dort, wo energische Wirkungen erwünscht sind, ist es sicher nicht ausreichend.

Als Streupulver, zu gleichen Teilen mit Amylum, als Salbe, in Form 2%iger Umschläge, endlich als Kalomelolpflastermull erwies es bei der Lokalbehandlung außer-



ordentliche Dienste. In letzter Zeit wird ein zweites Präparat als „Unguentum Heyden“ schlechtweg in den Handel gebracht, dem auf Anraten von A. Neisser 2% fein verteiltes, freies Quecksilber beigemengt sind; über dieses Präparat hat der Autor noch keine größere Erfahrung. Zum Schlusse aber sei hervorgehoben, daß es dem Autor, wie es scheint, in keinem einzigen Falle darum zu tun war, den Nachweis zu erbringen, daß — vorausgesetzt, daß keine ulzerierenden Flächen vorhanden waren — wirklich Quecksilber resorbiert wurde, es wird mindestens keiner einzigen Harnuntersuchung Erwähnung getan. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1905.)

D.

Kinderheilkunde.

Behandlung von Herzkomplikationen bei Diphtherie. Eine klinische Studie über 946 Fälle. Von White und Smitts.

Die Herzstörungen treten innerhalb dreier Wochen nach Beginn der Diphtherie auf, selten später. Die Hauptmittel der Behandlung sind Bettruhe und gute Ernährung. Arzneimittel spielen eine kleine Rolle. Milde Fälle können schon nach zwei Wochen außer Bett sein; wenn keine Herzerweiterung besteht und der erste Herzton stark ist, so bilden auch leichte Unregelmäßigkeiten und Geräusche keine Kontraindikation gegen das Aufstehen. Aktive Bewegungen sind auch dann noch anfangs einzuschränken. Von Digitalis und Alkohol sieht man selten einen Nutzen, besser wirkt Strychnin (vierstündlich 0·001 für Kinder von 5—10 Jahren). Bei schwereren Fällen ist längere Bettruhe erforderlich; nach 4—5 Wochen ist auch hier die Gefahr von Seiten des Herzens so gut wie vorüber, jedoch hat man dann noch Todesfälle infolge Respirations- oder Schlucklähmung beobachtet. Man läßt die Patienten zuerst recht vorsichtig aufsitzen unter genauer Beobachtung des Herzens. Dies gilt für Fälle mit dauernd frequentem Puls; Fälle mit Galopprhythmus dagegen erfordern absolute Bettruhe und flüssige Diät. Gegen das Erbrechen wendet man Rektalernährung und Schlucken von Eisstückchen an, auch mit Strychnin (vierstündlich 0·001 bis 0·0015), das man eventuell subkutan gibt, und Kokain (0·005 vierstündlich in eiskaltem Wasser) erzielt man hiebei oft Erfolg. Alkohol wirkt dagegen nur ungünstig beim Erbrechen. Morphium gibt man nur bei großer Unruhe (0·003 bis 0·0075, je nach dem Alter). Digitalis ist ohne Erfolg. Vorverdaute Fleischprodukte sind oft das einzige, was ertragen wird. Heiße Umschläge im Epigastrium bringen häufig Linderung. Todesfälle infolge von Herzlähmung wurden von den Vf. nur bei Verfehlungen gegen dieses Regime beobachtet, dagegen ließ sich mehrmals ein plötzlicher Tod infolge Asphyxie nicht vermeiden. Fälle von Bradykardie erfordern Bettruhe und eventuell Strychnin. Bei langem Bestehen von Geräuschen und Unregelmäßigkeit der Herztöne ist noch weit in die Rekonvaleszenz hinein eine genaue Beobachtung, besonders in Hinsicht auf den Einfluß geringer Anstrengungen, durchzuführen. — (Boston Med. and Surgic. Journ., 20. Okt. 1904.)

Einstein, Stuttgart.

Kindersterblichkeit, ihre Ursachen und ihre Abhilfe. Von George C. H. Futton.

Während man unter den gegenwärtigen Verhältnissen als normalen Durchschnitt einen Säuglingssterbefall auf zehn Geburten rechnet, wird diese Zahl in allen großen Städten Englands überschritten, z. B. sterben in London nach der Statistik von 1891—1900 von 1000 Neugeborenen 162 Kinder unter einem Jahre. Unter den vielen allerorts wiederkehrenden Ursachen ist die wichtigste die falsche Ernährung der Kinder. Bei der Nahrung ist nicht nur der augenblickliche Erfolg zu berücksichtigen, sondern auch die Vorbeugung späterer Konstitutionskrankheiten, z. B. der Rachitis. Einseitige Fütterung mit Kohlehydraten z. B. oder mit vorverdauter Milch bringt oft temporäre Erfolge, schadet aber auf die Dauer. Die ideale Nahrung ist die Frauenmilch. Auf die richtige Gewinnung und Behandlung der Kuhmilch ist der größte Nachdruck zu legen; die Be-

hörden und das Publikum müßten auf Errichtung von Mustermolkereien dringen. Die Sterilisation der Milch hat chemische Veränderungen zur Folge, die sich durch einfache Pasteurisierung vermeiden lassen. Noch besser ist eine durch größte Reinlichkeit von gesunden Kühen gewonnene unverdorbene Milch, die gar nicht erst der Sterilisation bedarf. Peptonisierte, kondensierte Milch und Kindermehle sind allein auf die Dauer ungenügend, Molke ist nur vorübergehend bei Magendarmstörungen zu gebrauchen, Hafer- und andere Mehle dienen als Milchzusatz vom sechsten Monat an, Fleischextrakte sind für die Säuglingsernährung wertlos. Vf. erwartet viel von Milchmodifikationen, die in chemischen Laboratorien hergestellt werden. Vorerst sind sie allerdings zu teuer und nur unter ärztlicher Aufsicht zu verwenden.

Von weiteren Ursachen der Kindersterblichkeit ist zu erwähnen, daß allein in London jährlich 1000 Kinder im Bett ersticken, meist infolge Betrunkenheit der Mutter. Wichtig ist ferner die Unerfahrenheit der Mütter — dadurch erklären sich zum Teil die besonders häufigen Todesfälle der Erstgeborenen — ferner die Beschäftigung der Mütter in Fabriken, das zu niedere Heiratsalter der Frauen, die dann nur schwächliche Kinder zur Welt bringen, und die große Zahl der unehelichen Geburten, gegen welche Vf. Staatshilfe anruft (!). Eine große Dichte der Bevölkerung beeinflußt die Kindersterblichkeit nur indirekt durch die schlechten Wohnungsverhältnisse.

Eine Besserung ist zu erwarten durch Herbeiführung geeigneter hygienischer Verhältnisse von Seiten der Behörden, ferner durch Belehrung des Publikums, besonders durch eine bessere Vorbereitung der jungen Mädchen auf ihren späteren mütterlichen Beruf. — (The Brit. med. Journ. Nr. 2292, 1904.)

Einstein, Stuttgart.

Ueber den Wert der bei 108° sterilisierten Kuhmilch für die künstliche Ernährung. Von Variot.

Die in den ärmeren Pariser Bezirken seit zwölf Jahren an ungefähr 3000 Kinder abgegebene Milch wird bei 108° sterilisiert. Jede Woche werden die betreffenden Säuglinge zur Kontrolle vorgezeigt. Die mit dieser Milch erzielten Erfolge sind sehr gute, sie wurde auch bei atrophischen Säuglingen mit Nutzen angewendet. Rachitis fand sich nur in Fällen von Ueberernährung oder zu frühzeitiger Amylazeengabe. Barlow'sche Krankheit wurde nicht beobachtet. Diarrhöen verliefen meist leicht, dagegen sah man häufig Obstipation und Anämie. Nur 3—4% von diesen 3000 Kindern ertrugen die sterilisierte Milch nicht. — (Acad. des Sciences, 5. Dez. 1904.)

Einstein, Stuttgart.

Die nationale Bedeutung der gründlichen und systematischen Entfernung von adenoiden Vegetationen im Kindesalter. Von Griffitts C. Wilkie-Paignton.

Die seit Generationen in allen Klassen der Bevölkerung so häufig vorkommenden adenoiden Vegetationen des Pharynx und der vergrößerten Tonsillen sind ein Hinderungsmittel für die physische und geistige Entwicklung der daran Leidenden. Als Brutstätte für alle möglichen Krankheitskeime und durch den Zwang, durch den offenen Mund zu atmen, sind sie die Ursachen vieler Erkrankungen, besonders der Schwindsucht. Die öffentliche Medizin hat sich noch zu wenig mit diesem Uebel beschäftigt, und die praktischen Aerzte, besonders die auf dem Lande, haben keine Zeit dazu. Vf. schlägt daher für seine englische Heimat vor, daß alljährlich eine fachmännische Inspektion aller Schulkinder, auch auf dem Lande, in dieser Hinsicht stattfinden und die Behandlung geeigneter Fälle in die Wege geleitet werden soll. Um alle Bedenken falsch unterrichteter Eltern zu besiegen, wäre dazu die Autorität des Gesetzes nötig. — (The Brit. med. Journ. Nr. 2310, 1905.) Einstein, Stuttgart.

Ueber die Anwendung eines neuen Serums bei Diphtherie. Von Ernst Vogelsberger.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß nach Ablauf einer Diphtherieerkrankung der spezifische Bazillus auch nach voll-

ständigem Verschwinden der Beläge der Tonsillen, des Pharynx oder der Nase noch nachweisbar ist, und zwar, wie verschiedene Untersucher gezeigt haben, in einem Zeitraum von einem Tage bis sogar fünf Wochen. Die Träger solcher vollvirulenten Bazillen sind natürlich eine Gefahr für die Umgebung, da durch sie, die klinisch gesund sind, die Infektion leicht weiter verbreitet werden kann.

Das Diphtherie-Heilserum (Behring) hat auf diese Bazillen keinerlei Einfluß, da es nur antitoxisch, d. h. gegen die von den Bazillen gebildeten giftigen Stoffwechselprodukte wirkt.

Vf. hat Versuche mit einem neuen Serum angestellt, das nicht antitoxisch, sondern bakterizid in dem Sinne wirkt, daß es die Diphtheriebazillen agglutiniert. Prof. Wassermann hat auf Grund eigener Vorarbeiten und Ideen ein solches Serum hergestellt.

Die Anwendung des Serums geschah nach Gebrauch des Behring'schen Serums und Abstoßung aller Membranen teils pulverisiert zum Einblasen in die Nase, teils in Tablettenform, wobei man die Serumtabletten im Mundspeichel zergehen läßt. Darauf folgten nach einer halben Stunde Spülungen der Nase mit Borlösung und Gurgelungen mit Kal. chloric.-Lösung, um möglichst die agglutinierten Bazillen zu entfernen.

Vf. hat bei Rachendiphtherie bis nach längstens 8, bei Nasendiphtherie nach 16 Tagen nach Abstoßung aller Membranen Diphtheriebazillen nachweisen können; Wenn diese Ergebnisse auch noch keine klare Deutung zulassen, so fordern sie dringend zu weiteren ausgedehnten Beobachtungen auf. — (Inaug.-Diss., Berlin, April 1905.) R., München.

Ueber Schutzimpfung mit Diphtherieheilserum. Von Dr. J. Ibrahim, Privatdozent für Kinderheilkunde.

Beide Autoren sind nach ihren in den betreffenden Spitälern gemachten Erfahrungen überzeugt von dem hohen Werte der Schutzimpfungen gegen Diphtherie; ersterer ist von ihrer unfehlbaren Sicherheit sogar so durchdrungen, daß er unbedenklich alle Kinder, bei denen aus irgend welchem Grunde eine Operation an Kehlkopf oder Trachea in Frage kommt, auf die hiefür eingerichtete Diphtherieabteilung verlegen läßt; der letztere Autor gibt zu, daß die Schutzwirkung keine absolute ist. Beide sprechen sich jedoch mit Recht dahin aus, daß die prophylaktische Impfung zur Verhütung der Weiterverbreitung der Diphtherie die besten Dienste leiste und deshalb von den zuständigen Behörden unter Mitwirkung aller Aerzte eingeführt und konsequent durchgeführt werden sollte. Ibrahim empfiehlt als immunisierende Dosis 250 bis 300 Einheiten, bei an anderen Infektionskrankheiten leidenden Kindern mindestens 500 Einheiten, Wesener hält im allgemeinen 200 Einheiten für genügend, findet es jedoch für wünschenswert, bei dem nunmehr verbilligten Preise des Serums 300—400 Einheiten zu verwenden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11, 1905; Münch. med. Wochenschr. Nr. 12, 1905.) Fromm, München.

Die therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion im Kindesalter. Von Dr. L. Tobler.

Vf. bezeichnet den Eingriff, den er bei 71 verschiedenen Kranken der Klinik 152mal ausgeführt hat, bei Beobachtung gewisser Vorsichtsmaßregeln als unbedenklich, warnt jedoch davor bei Verdacht auf Tumor, da hier stärkere Reizerscheinungen die Folge sein können. Vf. empfiehlt, rasche und starke Druckschwankungen zu vermeiden und nur in liegender Stellung den Patienten zu punktieren, wobei der Abfluß langsamer erfolgt. Je mehr Flüssigkeit vorhanden ist, desto mehr darf ruhig entnommen werden. Bei Veränderungen im Verhalten des genau zu beobachtenden Patienten (Pulsschwankungen, Erbrechen, Blässe, Papillensymptome), ist die Punktion sofort abzubrechen. Notwendig ist es schließlich, den Patienten gut zu fixieren, eventuell ist derselbe in leichte Narkose (Aetherrausch) zu versetzen. Was die therapeutische Verwertbarkeit der Lumbalpunktion betrifft, so ist sie bei tuberkulöser und bei der gewöhnlichen eitrigen Meningitis absolut aussichtslos,

bei Meningitis cerebrospinalis epidemica dagegen wirkt sie häufig segensreich, versagt jedoch zuweilen auch hier. Beim chronischen Hydrozephalus der Kinder wird zuweilen vorübergehende Besserung, aber keine Heilung erzielt. Dies braucht jedoch von dem Verfahren nicht abzuschrecken, da man ja dem Kranken schon dadurch nützt, wenn es gelingt, ein rapides Schädelwachstum bis zum Einsetzen der Naturheilung hintanzuhalten. Er empfiehlt deshalb diese Therapie sowohl bei sekundärem Hydrozephalus nach Meningitis, wo er scheinbar günstigen Erfolg gesehen hat, möglichst bald einzuleiten, und sie auch bei postmeningitischer Idiotie nicht unversucht zu lassen, wo nach einer Beobachtung des Vfs. sie ebenfalls nicht ganz erfolglos zu sein scheint. — (Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte Nr. 7, 1905.)

Fromm, München.

II. Diagnostik.

a) Mundhöhle und Rachen.

Tonsilläre Staphylokokkeninfektion unter dem Bilde eines Schankers. Von D. W. Montgomery.

Ein zirkuläres, kraterförmig in die Tiefe greifendes, hellergroßes Geschwür der linken Tonsille, mit gelbem Belag und hartem Grunde, das dazu noch schmerzlos war und mit lokaler Lymphdrüsenschwellung einherging, machte den täuschenden Eindruck eines Primäraffektes. Die spurlose Abheilung verifizierte die Annahme, daß es sich um eine, durch Eitererreger bedingte Infektion handelte. Vier Jahre später bietet der Patient den gleichen Befund, der dem von Fournier aufgestellten Typus der lakunären oder kavernösen Amygdalitis entspricht. Von größerer Bedeutung ist die Verwechslung von Tonsillarsklerosen mit einfachen Inflammativzuständen und diphtherischen Anginen.

Die Nichtbeachtung von an den Mandeln lokalisierten Primäraffekten kann unzählige Neuansteckungen im Gefolge haben, indem bei Unterlassung entsprechender Präventivmaßregeln nicht nur die Umgebung der Kranken (Küsse, Eßbesteck, Gläser), sondern auch Weiterstehende gefährdet erscheinen. Weiterhin unterläuft es nicht zu selten, daß die verkannten Erkrankungsformen inzidiert und reseziert werden, wo dann der sekundären Infektion die günstigsten Eingangspforten geboten sind. Eine Reihe solcher, durch Fehldiagnosen von Tonsillarsklerosen herbeigeführte, außergewöhnliche Syphiliskomplikationen hat Nobl vor einiger Zeit (Wiener med. Presse, 1904) zur Mitteilung gebracht. — (The Journ. of Cut. Dis., Mai 1905.)

N.

Zur Klinik und Aetiologie der Angina ulcerosa membranacea (Plaut-Vincent). Von Dr. Martin Mayer und Dr. Oskar Schreyer.

Die Frage der ätiologischen Bedeutung des Bacillus fusiformis und der Spirochaeten bei der Angina und Stomatitis ulcero-membranacea ist noch immer nicht geklärt, denn ihre Reinzüchtung und künstliche Infektion mit ihnen ist trotz vieler Versuche noch nicht einwandfrei gelungen; auch nahmen fast alle beobachteten Fälle einen leichten Verlauf. Vf. berichten nun über einen tödlich abgelaufenen Fall bei einem 23jährigen Steuermann, der mit ausgedehnter Geschwürsbildung im Munde und Rachen und mit hohem Fieber erkrankt war. Es wurden die obenerwähnten Mikroorganismen im Beginne und auch später in den nekrotisch abgestoßenen Gewebsteilen stets in Massen gefunden, Diphtheriebazillen, virulente Streptokokken und der Bang'sche Nekrosebazillus aber vergebens gesucht. Die energischeste Lokaltherapie konnte das Fortschreiten des Prozesses nicht beeinflussen; der ganze linke Gaumenbogen stieß sich ab, die linke Tonsille zerfiel in eine große jauchige Masse, der Prozeß griff nach rechts über und am 32. Krankheitstage trat der Exitus ein. Der Blutbefund im Beginne war der einer schweren perniziösen Anämie: viele

Poikilozyten, Megalozyten, Megaloblasten und Normoblasten, Polychromatophilie und basophile Körnung einzelner Erythrozyten; Hämoglobin zirka 50. Patient hatte schon bei der Aufnahme eine fahle Hautfarbe und führte seinen Zustand auf die einförmige Kost der geräucherten Fische zurück. Man könnte also daran denken, daß hier schon längere Zeit ein skorbutähnlicher Zustand der Mundschleimhaut vorhanden war und so die Empfänglichkeit für die Infektion mit dem Bacillus fusiformis gesteigert wurde. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16, 1905.) Weil.

b) Kehlkopf.

Der chronische angeborene Stridor ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen, trotzdem allen Fällen das Fehlen der Heiserkeit, der chronische Verlauf mit einzelnen dyspnoischen Paroxysmen und der mangelnde stethoskopische Befund gemeinsam ist. Eine Form beruht auf der Mißbildung des Kehlkopfeinganges, die vom untersuchenden Finger festgestellt werden kann; der Stridor ist dabei nur inspiratorisch, Einführung einer kurzen Tube läßt ihn aufhören. Meist verschwindet die Störung im zweiten Jahre von selbst. Eine zweite Form ist durch den Druck vergrößerter Mediastinaldrüsen hervorgerufen; der Stridor ist exspiratorisch, die Krankheit verläuft anfangs unbemerkt, meist kommt sie erst im dritten bis vierten Monat zur Erscheinung, oft nur wenige Tage vor dem Tode. Die Diagnose ist schwierig, manchmal kann man sie durch die Radiographie stellen. Eine dritte Form, beruhend auf einer Thymus-Hypertrophie, wurde von Marfan bei einem hereditär syphilitischen Kinde beschrieben; der Stridor war in- und exspiratorisch und vermehrte sich bei Aufregungen. Das betreffende Kind ging in einer Erstickungsattacke zugrunde. Die Diagnose der verschiedenen Formen ist für die Therapie wichtig, weil bei den beiden letzten Ursachen nur mit sehr langen Kehlkopftuben, bezw. Kanülen Hilfe gebracht werden kann. — (Journ. des Praticiens Nr. 10, 1905.)

Einstein, Stuttgart.

c) Schilddrüse.

Rhythmische pulsatorische Kopfbewegungen (das sogenannte Musset'sche Zeichen) bei Morbus Basedowii. Von Dr. J. Zeitner in Franzensbad.

Rhythmische Kopfbewegung, insochron mit dem Pulse, findet sich bei Aorteninsuffizienz, bei Aneurysma des Aortenbogens sowie bei diffuser Arteriosklerose mit Herzhypertrophie. Bei Morbus Basedowii ist es bis jetzt noch nicht beschrieben. Vf. hat es in vier Fällen beobachtet. Die älteren Erklärungen des Phänomens erscheinen nicht stichhältig. Der Grund dafür dürfte darin zu suchen sein, daß die starke systolische Erweiterung der großen Arterien in der Unterkiefergegend eine Raumbewegung herbeiführt, die zu einem Ausweichen des Kopfes nach oben führt; in der Diastole sinkt er dann infolge seiner Schwere wieder zurück. Bei vornüber geneigtem Kopfe tritt das Symptom deutlicher hervor. Es findet sich in minimaler Weise auch bei Gesunden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1905.)

Rosenthal.

d) Lunge.

Mitteilung über lobäre Pneumonie als Folge von Masern. Von F. C. Bottomley-Bournemouth.

Vf. glaubt, daß die Lobärpneumonie nach Masern häufiger ist, als man annimmt. Er selbst beobachtete in zwei Epidemien 13 Fälle bei Kindern von 1 bis 5 Jahren. Der plötzliche Anfang ohne vorausgehende Bronchitis, die klinischen Zeichen und der günstige Ausgang — nur ein Kind starb an Konvulsionen zwei Tage nach der Krisis — charakterisierten die Pneumonie als eine lobäre. Meistens beginnt die Pneumonie mit dem Ausschlag, jedenfalls stets vor dem Verschwinden desselben. Eine langsame Resolution kommt öfters vor. Das Fieber geht kaum über 39·0° und ist kontinuierlich. Stets sind ein oder beide Unterlappen befallen. In derselben Zeit sah Vf. nur drei Fälle von Bronchopneumonie nach Masern; alle verliefen tödlich. Durch den ernsteren Verlauf werden diese Fälle in

größerer Zahl ins Krankenhaus gebracht und geben dadurch ein falsches Bild von ihrer Häufigkeit. — (The Brit. med. Journ. Nr. 2301, 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Lobärpneumonie im Kindesalter. Von J. E. Morse.

Die Krankheit ist in den ersten zwei Lebensjahren häufiger, als man gewöhnlich annimmt. Das Fieber steigt rasch hoch, Schüttelfrost wird aber kaum beobachtet. Krämpfe sind am Anfang selten, der Husten sehr gering. Das Fieber dauert gewöhnlich sieben Tage, ist jedoch bei Kindern oft kürzer als bei Erwachsenen. Remissionen bis 3° sind häufig. Längere Fieberdauer findet sich bei prognostisch ungünstigeren Fällen. Eine Krisis fehlt oft, Kollapse während derselben sind selten. Die Pulszahl ist 150—170, die der Respiration 55—80; eine niedrigere Frequenz ist von günstiger Prognose, dagegen darf man höheren Zahlen keine zu große Bedeutung beilegen. Puls und Respiration steigen stets im Verhältnis. Der Husten ist selten stark. Häufig sind Diarrhöen, Appetitlosigkeit, Auftreibung des Leibes; es sind die gefährlichsten Komplikationen. Nieren- und Mittelohrentzündung sind häufige Begleitkrankheiten; die letztere ist oft Ursache von zerebralen Störungen, häufig sind diese jedoch nur durch die hohe Temperatur hervorgerufen. Die Reihenfolge, in der die einzelnen Lungenlappen ergriffen werden, ist: linker Unter-, rechter Ober-, rechter Unter- und linker Oberlappen. Die Prognose richtet sich nicht nach dem Sitze der Pneumonie, sondern nach der Größe des befallenen Bezirkes. In den Spitälern ist die Mortalität 25%, in Privathäusern weniger. Bei jüngeren Kindern ist die Prognose schlechter als bei älteren. Prognostisch ungünstig sind Temperaturen über 41°, günstig solche unter 39·5. Die Behandlung besteht in Ruhe, frischer und kühler Luft, reizloser Kost, die nötigenfalls dem Kinde aufgezwungen werden muß. Stimulantien sollen nicht prinzipiell, sondern nur, wenn nötig, gegeben werden; Strychnin ist hiebei das Beste, nächstdem kommt Alkohol. Gegen das Fieber soll man nur bei nervösen oder depressiven Folgeerscheinungen vorgehen, und zwar mit Bädern und kalten Packungen, nicht mit antipyretischen Mitteln. Sauerstoff tut oft gute Dienste, dagegen sind Kreosot und andere „Specifica" unnütz. — (Amer. Med., 28. Jänner 1905.) Einstein, Stuttgart.

e) Herz.

Ein Fall von akuter, durch den Gonokokkus hervorgerufener Endokarditis. Von Will. Hunter in Hongkong.

Bei der Sektion einer nicht klinisch beobachteten, alten chinesischen Prostituierten fand sich eine akute Endokarditis der Aortaklappe. In frischen mikroskopischen Präparaten waren Diplokokken, die durch Form und negatives Verhalten gegenüber der Gramfärbung als Gonokokken verdächtig waren. Als solche identifiziert wurden sie durch Kulturen auf Blutserum und Blutagar, während die gewöhnlichen Nährböden keinen Befund gaben. Die Kokken waren nicht pathogen für kleine Tiere. Die Genitalien zeigten das Aussehen eines alten infektiösen Katarrhs, Gonokokken konnten aber aus denselben weder direkt noch durch Kultur festgestellt werden, sie waren augenscheinlich von anderen Bakterien überwuchert. Die Aorta scheint auch nach früheren Veröffentlichungen der Lieblingssitz für diese anscheinend meist maligne Erkrankung zu sein. Vf. glaubt, daß durch genaue bakteriologische Untersuchungen leicht das häufigere Vorkommen dieser Erkrankung festgestellt werden könnte. — (The Brit. med. Journ., 11. März 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Ueber die Massenverhältnisse des Kaninchenherzens bei experimentell erzeugter Trikuspidalinsuffizienz. Von Ed. Stadler.

Bei dem höchst seltenen isolierten Auftreten der Trikuspidalinsuffizienz sind die Verhältnisse der Dynamik dieses Klappenfehlers nicht genug erforscht; auch experimentelle Untersuchungen standen bisher aus. Vf. erzeugte experimentell bei Kaninchen Insuffizienz der Trikuspidalklappe, welche das theoretisch

erwartete Resultat bestätigten: es trat bedeutende Umfangs- und Gewichtszunahme der rechten Kammer und des rechten Vorhofes auf. Der linke Ventrikel hingegen war unverändert oder deutlich atrophisch und leichter, ein Zeichen dafür, daß der Herzfehler lange Zeit inkompensiert gewesen war, d. h. nur ungenügende Blutmengen dem linken Ventrikel zugeführt worden waren. Dieser Fall trat ein bei höherem Grade der gesetzten Insuffizenz. — Darin besteht also ein bedeutsamer Unterschied gegen die Kompensation bei der Mitralinsuffizienz, daß nicht etwa der stromaufwärts gelegene Ventrikel beihilft; vielmehr ist es bei der Trikuspidalinsuffizienz nur die rechte hypertrophierende Kammer, die durch Mehrarbeit in der Systole und gesteigerte Saugkraft in der Diastole den gestörten Kreislauf eine Zeit lang repariert. — (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1905.) E. H.

Ungewöhnliche Dilatation des Herzens mit Ausfall der Vorhoffunktion. Von H. Müller.

Ein Fall überwiegender Mitralstenose (und Insuffizienz) ohne klinische Besonderheiten zeigte bei der Obduktion eine enorme Dilatation des linken Vorhofs, der über Kindskopfgröße erreichte und über $2^1/_2$ l Blut enthielt. Das Herz faßte über 4 l, also über die Hälfte der Gesamtblutmenge des Patienten. Die mikroskopische Untersuchung ergab sogenannte chronische Myokarditis, sichtlich auf Koronarsklerose beruhend. Der linke Vorhof enthielt in seiner Wand überhaupt keine Muskelfasern mehr, sondern war rein bindegewebig (zum Teil ähnlich der rechte Vorhof). Der linke Vorhof konnte sich also an der Kontraktion des Herzens zuletzt gar nicht mehr beteiligt haben, was nur durch die aktive Diastole des linken Ventrikels durch Ansaugen des Vorhofblutes ausgeglichen worden sein kann. Der rechte Ventrikel zeigte natürlich kompensatorische Hypertrophie, deren Wirkung aber durch relative Trikuspidalinsuffizienz beeinträchtigt war. Das ursprünglich präsystolische Geräusch wurde, als die Vorhofkontraktion ausfiel, durch ein rein diastolisches ersetzt; dieses Geräusch war durch die aktive Diastole des Ventrikels erzeugt. — Daß der Puls fast immer rythmisch war, scheint den Theorien des Ausganges der Herzrythmik vom Vorhof zu widersprechen: doch hatte mangels jeder Muskelfaserkontraktion des Vorhofes wohl der Ventrikel automatisch die Oberleitung der rythmischen Herztätigkeit übernommen. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 5 u. 6, 1905.) E. H.

f) Leber.

Eine einfache Probe auf Gallenfarbstoffe. Von Dr. Wilhelm Preßlich in Wien.

Die beschriebene Probe beruht auf der Oxydation des Bilirubins durch die salpetrige Säure zu Biliverdin. Versetzt man im Spitzglas ikterischen Urin mit einigen Tropfen rauchender Salpetersäure, so nimmt die untere Hälfte der Flüssigkeit eine schön smaragdgrüne Farbe an, die sich beim Umrühren der ganzen Flüssigkeit mitteilt. Die Untersuchung dieser Reaktion zeigte dem Vf., daß diese Probe sowohl eine für Gallenfarbstoffe (Bilirubin) spezifische, als auch sehr empfindliche ist. Diese „Preßlich'sche Gallenfarbstoff-Reaktion“ ist ebenso einfach wie zuverlässig und für die Sprechstunde des Praktikers empfehlenswert. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1905.) F. L.

Ueber die Beweglichkeit des abgeschnürten rechten Leberlappens bei Schnürleber. Von August Heß.

Wenn die Diagnose zwischen Wanderniere und Schnürlappen schwankt, so ist mit einer Umklappung des fraglichen Tumors nach oben wenig gewonnen, ist es aber möglich, denselben soweit zur Seite zu schieben, daß die rechte Niere abgetastet werden kann, so ist zweifellos erwiesen, daß der Tumor keine Niere sein kann. Wäre differentialdiagnostisch zu entscheiden, ob es sich um Schnürleber oder malignen Tumor handelt, so kann nach der Auffassung des Vfs. auch die starke seitliche Verschiebung wichtige Aufschlüsse geben. Karzinome und Sarkome von so ansehnlicher Größe verursachen solche Verwachsungen, daß eine

starke seitliche Verschiebung entweder gar nicht oder nur unter großen Schmerzen möglich ist. Eine ausgedehnte Gallenblase wird wohl auch nicht bis ins Epigastrium sich verschieben lassen, wenn nicht zugleich der rechte Leberlappen abgeschnürt ist. Kann ein Schnürlappen so stark zur Seite geschoben werden, daß dann der durch ihn für gewöhnlich verdeckte Inhalt des Abdomens palpiert werden kann, so sind die Vorteile für die genaue Diagnose eines Tumors in der rechten Bauchseite sehr große. Vf. glaubt, daß die seitliche Verschieblichkeit eines abgeschnürten Leberlappens in der Literatur viel zu wenig berücksichtigt ist und macht an der Hand dreier angeführter Fälle auf diese Eigenschaft der Schnürlappen aufmerksam. — (Inaug.-Diss., Erlangen 1903.) F. L.

g) Milz.

Ueber einen Fall von operativ geheiltem Milzabszeß nach Typhus abdominalis. Von Dr. Federmann. (Aus der chir. Abteilung des Krankhauses Moabit zu Berlin.)

Vf. hatte Gelegenheit, einen im Anschluß an einen vor sieben Wochen aufgetretenen Abdominaltyphus entstandenen Milzabszeß mit konstanter Hyperleukozytose auf operativem Wege zur Heilung zu bringen. Er weist auf die Schwierigkeiten der Diagnose hin, da die Milzschwellung natürlich bei der bestehenden Grundkrankheit keine Indikation abgibt, Fieber aber bei Milzabszessen oft fehlt (auch in seinem Fall bestanden in letzter Zeit sogar subfebrile Temperaturen) und falls es vorhanden ist, ebenfalls wegen der vorhandenen Infektionskrankheit, nicht für den Milzabszeß zu verwerten ist. Ein sehr guter Wegweiser ist aber die Hyperleukozytose, da bekanntermaßen der Typhus abdominalis von Anfang an mit starker Hyperleukozytose einhergeht. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15, 1905.) Lewisohn, Heidelberg.

h) Niere.

Ueber Nierensteine. Von Dr. A. L. Wright.

In einem Vortrag auf dem Chirurgenkongreß in Milwaukee stellte Wright folgende Thesen auf: 1. Nierensteine können in jedem Lebensalter auftreten; 2. auch ganz kleine Steine können Koliken verursachen; 3. oft findet sich der Stein gerade in der schmerzfreien Niere; 4. die Nephrolithiasis ist eines der besten Objekte chirurgischer Behandlung.

In der Diskussion wiesen Ferguson u. a. auf die Schwierigkeit der Diagnose hin, speziell da die durch die Calculosis renis verursachten Schmerzen in den verschiedensten Körpergegenden (Epigastrium, Rücken, Gallenblasengegend etc.) lokalisiert sein können. Wright betonte gegenüber Ferguson in seinem Schlußwort, daß die Schmerzen durch Entzündungsprozesse und nicht durch die vermehrte Spannung in der Nierensubstanz hervorgerufen werden. — (Bost. med. and surg. Journ. vol. 152, Nr. 7.) Lewisohn, Heidelberg.

Ueber die Wirkung von aufrechter Körperhaltung und Muskeltätigkeit auf die zyklische Albuminurie. Von Klara Bender. (Aus der k. Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.)

Aus den Resultaten der zahlreichen Untersuchungen, die Vf. angestellt hat, läßt sich ein günstiger Einfluß der Uebungstherapie nicht erkennen. Mit der Konstatierung dieser negativen Resultate will sie jedoch nicht behaupten, daß die Edel'sche Uebungstherapie überhaupt zur Erzielung dauernder günstiger Effekte ungeeignet sei. Es sei sehr wohl möglich, daß den Zirkulationsstörungen, die eine der Ursachen der zyklischen Albuminurie bilden, nicht nur eine Innervationsanomalie zugrunde liegt, sondern daß bei ihrem Zustandekommen gerade im Kindes- und Pubertätsalter mehr als ein Faktor mitspricht, der durch eine Hebung der Herzkraft nicht beeinflußt werden kann. Diese selbst ist vielleicht einer Kräftigung weniger zugänglich als nach Vollendung des Körperwachstums; liegen doch beim Kinde vielfach Verhältnisse vor, die von denen der Erwachsenen wesentlich abweichen. Vf. erinnert an die von Germain Sée als Hypertrophie et dilatation de la croissance beschriebene, von A. Neumann näher studierte An-

omalie, sowie an eine auf verschiedene Wachstumsverhältnisse der einzelnen Organsysteme zurückzuführende Enge des Arteriensystems, die, wie die zyklische Albuminurie, sich vorzugsweise beim weiblichen Geschlecht findet. F. L.

Nierensteine. Von H. B. Robinson. Klinische Vorlesung über die Nierensteinkrankheit.

Robinson führt aus, daß die Symptome der Krankheit äußerst wechselnd seien, das konstante Zeichen ist der Schmerz. Koliken und Hämaturie können häufig fehlen. Die Steine, die frei im Nierenbecken oder in den Kelchen liegen, sind die schmerzhaftesten. Wenn solche Steine gegen das äußerst empfindliche Orificium ureteris gepreßt werden, so lösen sie eine Kolik aus. Im Nierenbecken fixierte Steine oder Parenchymkonkremente verursachen keine oder nur sehr geringe Schmerzen. Der Schmerz ist entweder ein dumpfer Druck unter der letzten Rippe oder entlang dem geraden Bauchmuskel bis zum Nabel. Er kann auch als heftig in das Bein oder gegen den Hoden ausstrahlender Schmerz auftreten. Nur der einseitige Schmerz kann in diagnostischer Beziehung irgendwie verwertet werden. Am charakteristischesten ist ein ausgesprochener kolikartiger Schmerz in der Nierengegend, ausstrahlend nach der Schulter oder in den Hoden, mit Uebelkeit und Erbrechen und Hämaturie einhergehend. Das letztere Symptom ist nach des Autors Meinung nicht so häufig zu konstatieren, wie man annimmt. Auch von der radiographischen Diagnose hält Robinson nicht viel. Die Schwierigkeiten der Radiographie liegen in der Dicke der Gewebe und ihrem Blutreichtum, sowie in den respiratorischen Bewegungen des Zwerchfelles. In zwei Fällen war die Röntgen-Untersuchung negativ, obwohl Steine vorhanden waren, in einem Falle wurde auf der photographischen Platte ein Schatten gefunden, doch verlief die Operation resultatlos. Derartige Mißerfolge sind nach des Ref. Ansicht nur auf eine mangelhafte Technik zurückzuführen. Die Operation, die Robinson ausführt, ist die lumbare Nephrolithotomie, wobei der Einschnitt in die Niere an der höchsten Konvexität stattfinden soll. Immer soll auch der Ureter sondiert werden, um nicht hier einen Stein zurückzulassen. Die Nierenwunde heilt nach Katgutnaht rasch und ohne Blutung; wenn der größere Teil des Nierengewebes destruiert ist, soll die Nephrektomie ausgeführt werden. — (British medical Journal, 24. Dez. 1904.)
V. Blum.

i) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Ueber Masern-Otitis. Von Marc' Hadour und Bruder. (Hospital des Enfants-Malades.)

Von 501 Masernkranken hatten 58, d. h. 9·6%, Mittelohreiterungen, 20 doppelseitig, 24 nur links, 11 nur rechts. In wenigen Fällen zeigte sich die Otitis schon vor dem Ausbruch des Exanthems, etwas häufiger während des exanthematischen Stadiums, in den meisten Fällen aber nach dem Verschwinden des Ausschlags. Von der Intensität des Exanthems und der Masernangine waren die Otitiden völlig unabhängig, dagegen standen sie vollständig unter dem Einflusse des Nasenrachenkatarrhs, der ja stets das „primum movens“ und das „ultimum moriens“ der Masern ist. Die Mastoiditis blieb stets unkompliziert. Bakteriologisch wurde nicht untersucht. Die Trommelfellperforation erfolgte meistens im vorderen unteren Quadranten. — (Soc. de péd. de Paris, 21. juin 1904; Rev. Fr. d. Méd. et de Chir., Nr. 40, 1904.)
Einstein, Stuttgart.

Unschuldige Erkrankungen als Diphtherie bezeichnet. Von Hibbert Winslow Hill in Boston. (Boston board of health bacteriological laboratory.)

Die Diagnose „Diphtherie“ wird häufig bei unschuldigen Fällen von Angina gestellt. Vf. stellte durch zwei Methoden die ungefähre Häufigkeit dieses diagnostischen Irrtums fest: in 38% der als Diphtherie gemeldeten Fälle war der bakteriologische Nachweis nicht zu erbringen. Zu annähernd derselben Zahl kommt er auf einem zweiten Wege: wenn bakteriologisch sichergestellte Diphtheriefälle bald nach Verschwinden der Membran noch

einmal auf Bazillen untersucht werden, so bekommt man noch in 40—50% positive Resultate. Bei den als Diphtherie gemeldeten Fällen bekam aber Vf. in seinem Laboratorium in diesem Stadium nur einen geringeren Prozentsatz positiver Befunde, und zwar betrug der Fehler auch hier wieder etwa 38%. — (Boston med. and surg. journ., 15. Dez., 1904.)

Einstein, Stuttgart.

Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis und der sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen. Von Fritz Lesser.

„Die Einteilung der syphilitischen Krankheitsformen nach chronologischen Gesichtspunkten ist äußerst unbefriedigend und wissenschaftlich unhaltbar.“ Der Autor ist natürlich nicht der erste, der zu dieser Anschauung kommt, sie ist vor ihm vielfach geäußert worden; man hat sich aber immer damit abgefunden, daß diese Einteilung einem praktischen Bedürfnisse entspreche, was der Autor nicht gelten lassen kann. Er greift daher zunächst auf die Virchow'sche Einteilung in einfach hyperplastische Bildungen, die anatomisch nichts für Syphilis Charakteristisches bieten und in die Gummigeschwülste, die mehr Analogie mit spezifischen Irritationen bieten, zurück. Diese Virchow'sche Einteilung sei von den Klinikern nicht akzeptiert worden — es wäre hier vielleicht am Platze gewesen, zu erwähnen, daß E. Lang sich bereits in der ersten Auflage seines großen Buches über Syphilis an die Virchow'sche Lehre hält (Referent) —, da sich zu den pathologisch anatomischen Kriterien auch klinische gesellen müssen, um die Grundlage für eine rationelle Einteilung abzugeben. Auch sei die Virchow'sche Lehre deshalb nicht haltbar, weil zur Zeit ihrer Aufstellung die Tatsache der Auswanderung von Leukozyten noch nicht bekannt war, nun aber sei bei den Produkten der Syphilis der sogenannten Sekundär- und Tertiärperiode gerade darin ein wesentlicher Unterschied zu machen, ob der pathologische Herd in seiner Gänze hauptsächlich aus Leukozyten gebildet werde, also aus den Gefäßen stamme, oder ob die Zellen durch Wucherung der fixen Gewebselemente beigestellt würden. Ob nun das erstere oder das letztere eintrete, sei ausschließlich durch den Reiz und die Beschaffenheit des Virus bestimmt. Hat das Virus noch seine ursprüngliche Virulenz, so wirkt es am stärksten entzündungserregend und es kommt daher zu den akut auftretenden Erhebungen, den Papeln; die Zellen, aus welchen sich das die Papel darstellende Infiltrat aufbaut, sind chemotaktisch angelockt, sie erfahren keine weitere Umbildung, insbesondere nicht im Sinne von neuem Gewebsaufbau, sondern werden resorbiert, d. h. die Papeln schwinden, ohne eine Spur zu hinterlassen. Hat aber mit dem zunehmenden Alter der Syphilis das Virus bereits einen Teil seiner Virulenz eingebüßt, so entsteht auf den abgeschwächten Reiz hin an Ort und Stelle aus dem fixen Gewebe neues Gewebe, das sich schließlich verändert, sei es, indem es zu fibrösem Gewebe wird, sei es, daß es in regressiver Metamorphose zum Zerfall kommt. Daran schließe sich endlich bei noch weiterer Abschwächung des Giftes die sogenannte syphilitische Schwiele, es kommt nicht mehr zum Zerfall, sondern ausschließlich zur Bindegewebsneubildung.

Auf diesem Wege gelangt der Autor, vom Primäraffekt abgesehen, zu drei Arten syphilitischer Krankheitsprodukte: 1. Infiltrierende, exsudative Prozesse, 2. Proliferierende Prozesse mit regressiver Metamorphose (Gummibildung), 3. Proliferierende Prozesse ohne Gummibildung (oder kurz „Rein interstitielle Prozesse“).

Da die rein interstitiellen Syphilisprodukte ebensowenig ein spezifisches Gepräge haben, wie die papulösen Syphilisgebilde, so führt der Autor die Punkte an, die den Zusammenhang mit der Syphilis wahrscheinlich machen, einmal das Vorkommen bei Individuen, in deren Anamnese sich Syphilis ergibt, und zweitens die häufige Koinzidenz mit objektiven Zeichen konstitutioneller oder abgelaufener Lues. Während nun die papulösen und gum-

mösen Produkte auf Quecksilber und Jod reagieren, behaupten einzelne Autoren, ähnliche Wirkungen auch für die interstitiellen Prozesse, die aber von anderen Gewährsmännern direkt negiert werden. Dieser Widerspruch sei dahin zu erklären, daß erstens sicherlich die interstitielle Wucherung viel träger auf Hg und Jod reagiere und daß weiters die einmal proliferierende Zelle durch die genannten Medikamente in der begonnenen Entwicklung nicht mehr aufgehalten werde, sondern unaufhaltsam zur Bildung von Bindegewebe, also zur Narbe, führe.

Da die rein interstitiellen syphilitischen Wucherungen die Antwort des Gewebes auf den schwächsten Reiz darstellen, so treten sie naturgemäß bei dem syphilitisch Infizierten in den spätesten Jahren nach der Infektion auf. Es sei daher ein Irrtum, wenn man glaube, daß das an das sogenannte Sekundärstadium der Syphilis sich anschließende Stadium der Latenz für die meisten Fälle den Uebergang zur Heilung bilde und daß sich nur selten später noch syphilitische Erkrankungsformen zeigen, vielmehr führe die ehemalige Infektion unter Umgehung der gummösen Prozesse zu rein interstitiellen syphilitischen Wucherungen an den inneren Organen. Es sei diese Erkenntnis umso wichtiger, als es sich um Prozesse handle, die klinisch oft gar keine Symptome machen und zu Lebzeiten des Individuums gar nicht zutage treten.

Auch an der Haut seien solche rein interstitielle Syphilisprodukte zu beobachten, die bald als tubero-serpiginöse, bald als tertiär-papulöse Syphilide bezeichnet werden; ihr Wesen ist ein in der Kutis vor sich gehender umschriebener Proliferationsprozeß, der schließlich ohne Zerfall in eine atrophische Narbe endet. Weil bei diesen tuberösen Prozessen gerade die für die Gummibildung charakteristischen, nekrotischen Massen fehlen, so resultiere auch hieraus die Notwendigkeit, die Gruppe der rein interstitiellen Wucherungen von den bisher als tertiär bezeichneten Formen abzugrenzen. Da es nun aussichtslos wäre, die Ausdrücke „sekundär“ und „tertiär“ ausrotten zu wollen, so setzt der Autor noch einen Trumpf drauf und bezeichnet die rein interstitiellen Prozesse als „quartäre“. Welche Stellung kommt nun den sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen zu? Sie sind für den Autor nichts anderes, als der Effekt der früher besprochenen rein interstitiellen Wucherungsprozesse, und in diesem Sinne könne man sie direkt als syphilitische Erkrankungen ansprechen (gemeint ist hauptsächlich die Tabes). — (Dermatol. Zeitschr., XI, 9.) D.

Therapeutische Neuigkeiten.

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Einige neuere Arbeiten über Kollargol.

Ribadeau-Dumas und Bailleul berichten über vier Fälle von Septikämie, die sie mit Kollargolinjektionen — 5 cm³ einer 2%igen Lösung in eine der Venen der Ellenbogenbeuge — behandelt haben. Im ersten Fall, wo aus dem Blut Streptokokken gezüchtet werden konnten, war die Allgemeininfektion auf eine Phlegmone der Hand gefolgt und hatte zu einem sehr schweren Allgemeinzustand mit 39·2 Fieber geführt. Die Kollargolinjektion ließ bis zum nächsten Tag die Temperatur auf 38 sinken, besserte das Allgemeinbefinden, und unter chirurgischer Behandlung des Grundleidens erfolgte ungestörte Heilung. Im zweiten Falle, einer durch Staphylococcus aureus verursachten Osteomyelitis mit Septikämie, bewirkte die Operation nur einen unbedeutenden Abfall der Temperatur von 40·6 auf 39·8. Da dieselbe von neuem anstieg, wurde eine Kollargolinjektion gemacht, worauf sie von 40·4 auf 38 fiel. Bei einem wenige Tage später erfolgten neuerlichen Temperaturanstieg

hatte die Kollargolinjektion denselben prompten Erfolg. Ausgang in Heilung. Ebenso günstig verlief der dritte Fall, auch eine Staphylokokkenseptikämie nach Osteomyelitis: das Allgemeinbefinden hob sich nach der Injektion, die Temperatur sank von 40 auf 38 und die schon bestehenden meningitischen Symptome verschwanden. Im vierten Fall, ebenfalls einer nach Osteomyelitis aufgetretenen Staphylokokkenseptikämie mit Milztumor, 40 Fieber und sehr schlechtem Allgemeinbefinden, sank die Temperatur nach der sofort gemachten Kollargolinjektion auf 37, hielt sich auf dieser Höhe, und es erfolgte Heilung, ohne daß es zu einem chirurgischen Eingriff hätte kommen müssen, während dieser in den drei ersten Fällen zur Entleerung des angesammelten Eiters nötig gewesen war. — (Journ. d. Prat. Nr. 15, 1905.)

Rocaz wandte wegen der Schwierigkeiten, die den intravenösen Injektionen bei kleinen Kindern begegnen, das Kollargol in Form einer 7%igen Salbe (Unguentum Credé auf die Hälfte verdünnt) an, von der er 1—3 g pro Tag 15 Minuten lang in die vorher abgeseifte und mit Alkohol entfettete Haut der Achselgegend einreiben ließ. Die Erfolge waren äußerst befriedigend in einem Fall reiner Diphtherie, einem Fall komplizierter Diphtherie, einem Scharlachfall, mehreren Fällen von Grippe und besonders bei einigen Fällen von Masern-Bronchopneumonie. Bei drei von dieser letzten Affektion befallenen Kindern war das Resultat überraschend: eines von ihnen erkrankte an Masern nach einer mit Lungenerscheinungen komplizierten Grippe und befand sich in einem schlechten Allgemeinzustand (doppelte Bronchopneumonie, zahlreiche Sekundärinfektionen); hier führte das Kollargol in wenigen Tagen die Genesung herbei. Bei zwei anderen schlecht genährten Kindern änderte sich das Krankheitsbild auf Kollargolanwendung in derselben Weise. Vf. glaubt daher, daß das Kollargol in der Kinderheilkunde ein ausgedehntes Indikationsgebiet finden wird. — (Gaz. des Hop. de Toulouse Nr. 35, 1905.)

Dr. Engel berichtet über 2 Fälle: Im ersten Falle handelte es sich um eine septische Peritonitis (hochgradiger Meteorismus, Erbrechen, Fieber, kleiner, sehr frequenter Puls), wo die vom ersten Krankheitstag an täglich vorgenommene Einreibung der Oberschenkel mit Ungt. Credé binnen einer Woche zur Entfieberung und Heilung führte. Ein zweiter Fall, eine venöse Form der Sepsis puerperalis, heilte binnen vier Tagen unter täglichen Einreibungen der Bauchhaut mit je 3 g Ungt. Credé. — (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 3, 1905.)

Prof. de Lapersonne hat schon vor Jahren bei einer aus innerer Ursache entstandenen Iritis wenige Stunden nach einer intravenösen Kollargolinjektion das Hypopyon verschwinden sehen. Nachdem weiterhin Darier die äußerliche Applikation des Kollargols bei allen infektiösen Erkrankungen des äußeren Auges, besonders der Konjunktiva, Bonnaire eine 2—5%ige Kollargollösung bei allen Ophthalmieen der Neugebornen, ob gonokokkischen Ursprungs oder nicht, empfohlen hatte, behandelt Vf. seit ungefähr einem Jahre alle eitrigen Keratitiden, gleichviel welchen Ursprungs, auch infizierte Hornhautwunden, mit Kollargol. Der große Vorzug des Kollargols vor anderen Silberpräparaten, besonders dem Arg. nitr., besteht in der Schmerzlosigkeit seiner Anwendung und in dem Ausbleiben von Depotbildung in der Hornhaut. Die Wirkung der Kollargolapplikation äußert sich unmittelbar in einer Verminderung der Schmerzen und der Lichtscheu. In wenigen Tagen reinigt sich das Geschwür, das Hypopyon nimmt ab und verschwindet, und die Heilung geht mit minimaler Narbenbildung vonstatten. Die Kollargolapplikation zwei- bis dreimal des Tages alle 2 bis 3 Stunden 2 Tropfen einer 5%igen Lösung zu instillieren — wird bis zur völligen Heilung fortgesetzt und macht nicht die Spülung mit Quecksilberzyanür 1:5000 und die eventuelle Anwendung kleiner Atropindosen entbehrlich, noch schließt sie die Anwendung des Galvanokauters und die Vornahme einer Inzision der vorderen Augenkammer bei reichlichem

Hypopyon, mit nachfolgender Kollargolspülung aus. Auch ist gleichzeitige Behandlung der Tränenwege, eventuell mit Spaltung, Katheterismus und Injektionen von Kollargollösung 1:50 notwendig. — (La Presse Medicale Nr. 36, 1905.)

Dr. Vaucleroy berichtet: Ein durch eingedrungenen Sand verursachtes ausgebreitetes Hornhautgeschwür mit Hypopyon, das seit drei Wochen bestand und wegen gleichzeitig bestehender Blennorrhöe des Tränensacks bedenklich geworden war, wurde mit Einreibungen von Unguentum Credé (Kollargolsalbe) um Orbita und Augenlider herum — täglich eine Einreibung — behandelt. Nach vier Tagen war jede Spur von Eiter verschwunden. Ebenso hat Vf. in mehreren Fällen drohender Panophthalmie und in einem Falle von Eiterung mit Tenotomie unter Kollargolgebrauch Besserung und Heilung beobachtet. — (Rec. d'Ophthalm. Nr. 2, 1905.)

L. Cayla empfiehlt in seiner These den Gebrauch des Kollargols bei der **Behandlung der Variola**. Es beschleunige die Resorption, sei von Wert zur Bekämpfung des Eiterfiebers und habe anscheinend einen günstigen Einfluß auf die Narben. (Thèse de Montpellier Nr. 47, 1905.)

Ueber günstige Wirkungen des Kollargols bei Septikämie berichtet Prof. Dr. Wenckebach.

Der ausführlich geschilderte Fall verdankt seine Veröffentlichung der Eigenartigkeit des Verlaufes und der unzweideutigen Art und Weise, wie die Kollargoleinspritzung das Krankheitsbild beeinflußt hat. Bei einer sonst vollkommen gesunden Frau in günstigen Lebensverhältnissen traten ohne ersichtliche Ursache erhöhte Abendtemperaturen mit Nachtschweißen auf. Gleichzeitig begann Patientin stark abzumagern und wurde bettlägerig. Irgend welches pathologische Symptom von Seiten der Atmungs- oder Verdauungsorgane war nicht aufzufinden, Chinin- und Antipyrindarreichung ohne Erfolg. Ein zweiter Arzt konstatierte eine stark vergrößerte Milz und fuhr fort mit der Chininverordnung, die indes ohne jeden Einfluß auf die Temperatur etc. blieb, so daß Vf. zur Konsultation gerufen wurde. Die letzte Abendtemperatur hatte 40° betragen. Vf. fand die Patientin stark fiebernd, hochgradig anämisch, mit sehr weichem, schlecht gefülltem, frequenten Puls und einer stark vergrößerten Milz. Mit Ausschluß anderer Krankheiten, speziell Malaria, Typhus, Tuberkulose, stellte Vf. die Diagnose auf Septikämie unbekannter Infektionsquelle und machte der Kranken eine intravenöse Injektion von 3 cm^3 einer $2^1/_2$%igen Kollargollösung. Von diesem Tage an war das Fieber, das fast zwei Monate bestanden hatte, geschwunden; die höchste, nur einmal von da an erreichte Temperatur betrug 37·8°, und nach einer langen Rekonvaleszenz ist die Patientin vollständig genesen, was neuerdings bestätigt wurde. Als mögliche Eingangspforte für die Infektion konnte nur eine Stomatitis mit Extraktion dreier Molaren eruiert werden, kurz vor Ausbruch der Krankheit.

Nachdem jede andere Therapie wochenlang ohne den geringsten Einfluß geblieben war und die entscheidende Wendung zum Besseren ganz plötzlich und unmittelbar im Anschluß an die Kollargolinjektion auftrat, hält es Vf. für unmöglich, hier an der heilenden Wirkung des Kollargols zu zweifeln, umsomehr, als er schon öfter dieselbe Wahrnehmung gemacht hat. — (Niederl Tidschr. von Gen., 21. Jänner 1905.)

Ueber Mesotan.

Erich Schreiber hat seine Untersuchungen an 22 Fällen angestellt und gefunden, daß das Mesotan wie das Salizyl eine spezifische Wirkung auf Gelenkrheumatismus besitzt. In leichten Fällen genügt es allein zur Behandlung. In schweren Fällen dagegen ist es notwendig, die äußere Mesotantherapie mit der inneren Salizyldarreichung zu verbinden, dabei genügt von letzterem die Hälfte bis ein Drittel des sonst erforderlichen Quantums. Die Mesotanbehandlung ermöglicht es, die Schädigungen des Salizyls besonders auf Magen und Nieren erheblich zu reduzieren. Wirksam ist es ferner bei akutem Muskelrheumatismus, vielleicht brauchbar

bei Furunkulose. Bei manchen entzündlichen Prozessen scheint es schmerzlindernd zu sein. Ein Nachteil des Mittels ist sein hoher Preis. — (Inaug.-Diss., Jena 1904.)

Bromipin.

Ueber die Vorzüge der Darreichung von Brom in Form von Bromipin berichtet G. Heimansohn in seiner Dissertation (Würzburg 1903) „Ueber das Schicksal des bromhaltigen Fettes im Stoffwechsel der Säugetiere“ zusammenfassend folgendes: Das Bromipin geht im Stoffwechsel im wesentlichen in Bromkali (BrNa) über und dieses hat dieselben Wirkungen und Schicksale wie das ursprünglich aufgenommene Bromsalz auch. Dagegen ist durch die Deposition von Brom im Körperfett die Möglichkeit gegeben, daß das Brom durch längere Zeit fort zur Wirksamkeit kommt. Da aber auch bei BrNa-Darreichung so viel BrNa retiniert wird, die Nachwirkung einer Bromdosis also gelegentlich länger dauert als man es wünscht, so ist a priori nicht zu behaupten, ob in diesem Moment überhaupt eine vorteilhafte Abänderung der Brommedikation zu suchen ist.

Fascol.

M. Weinberg (Wien) hat das Fascol auf seine Brauchbarkeit in der gynäkologischen Praxis geprüft und gefunden, daß sich das Präparat bei der akuten und chronischen Kolpitis und Vaginitis, der chronischen Peri- und Parametritis, der chronischen Oophoritis sehr gut bewährte. Schädliche Folgen wurden in keinem Fall konstatiert. Die Kranken waren durch das ebenso prompte wie dauernde Schwinden der subjektiven Symptome vollauf befriedigt. Eine Reihe von Krankengeschichten, die Vf. auszugsweise mitteilt, zeigen, daß auch die objektiven Symptome in günstigster Weise beeinflußt wurden. (Med. Blätter Nr. 39, 1904.) (Mir selbst hat das Fascol bei der Behandlung besonders innerer Hämorrhoiden sich als schmerz- und blutungsstillendes Mittel recht gut bewährt. F. L.) Die Zusammensetzung des Fascol ist folgende: Wollfett 5·68 g, Eibischsalbe 8·2 g, Olivenöl 0·4 g, Resorcin 0·45 g, bas. Wismutgallat 0·3 g, Sennesblätter 0·45 g, bituminös. Mineral (Fascol) 14·4 g, bestehend aus Kalziumoxyd 6·69 g, Kohlendioxyd 5·99 g, Eisenoxydul 0·16 g, Kieselsäure 0·1 g, organischer Stickstoff und schwefelhaltiges Bitumen 1·46 g.

Ueber Griserin wurde schon in einer der vorhergehenden Nummern Ungünstiges berichtet. Eine Arbeit von Vlach (aus der v. Jaksch'schen Klinik in Prag) bestätigt die trüben Erfahrungen, die mit diesem „Allheilmittel“ auch anderwärts gemacht wurden. Vlach resümiert: Auf Grund unserer Erfahrungen sind wir nicht in der Lage, dem Griserin irgend welche günstige Einwirkung auf die Tuberkulose oder eine innere desinfizierende Eigenschaft zuzuschreiben, und halten es für unsere Pflicht, vor einer planlosen Verabreichung des für die Niere nicht ganz indifferenten Mittels zu warnen. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 3, 1905.)

Auch Brühl hat mit dem Mittel trübe Erfahrungen gemacht. Er warnt dringend vor dessen Gebrauch, da es nicht nur jeden günstigen Einfluß vermissen läßt, sondern sogar recht ungünstige Wirkungen zu entfalten vermag, die geeignet sind, die wirksame Anwendbarkeit der anerkannt rationellen hygienisch-diätetischen Heilfaktoren in Frage zu stellen und dadurch eventuell in sonst aussichtsvollen Fällen die Heilungschancen erheblich zu verschlechtern. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1905.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Ergotina styptica Egger ist ein Extr. fluid. Secal. corn. mit 5% Stypticin, das von Apotheker Dr. Egger in Budapest hergestellt und bei Gehirnzirkulationsstörungen, Neurosen und Menstruationsstörungen in Dosen von 10—15 Tropfen mehrmals täglich verwendet wird. — (Pharm. Post 1905.)

Isoform ist ein neues, ungiftiges, stark bakterizid wirkendes Dauerantiseptikum und Desodorans, welches bei Gegenwart von tierischem Gewebe, Eiter, Sekret etc. allmählich aktiven Sauerstoff abspaltet.

Subkutin ist paraphenolsulforsaures Anästhesin, das leichter löslich ist, als Anästhesin selbst.

Subkutol besteht aus Subkutin 0·8—1 g, Natr. chlor. 0·7, Aq. dest. 100 g und wird zur Schleich'schen Infiltration als Anästhetikum verwendet.

Tuberkulose-Antitoxin „Figari" ist ein trockenes Serum, erhalten durch Eindampfen der Koagula des Blutes immunisierter Kälber oder Pferde zur teigigen Konsistenz und Trocknen über Schwefelsäure in der Luftleere. Dosis 4 g pro die bei Tuberkulose. — (Pharm. Post 1905.)

Thial-Fluid ist eine farb- und geruchlose, 50%ige wässerige Lösung von „oxymethylsulfosaurem Formin"; Antiseptikum und Desinfiziens, zur Wundbehandlung 1—2%ig, zu Waschungen und Ausspülungen 0·5%ig, zur Beseitigung übermäßigen Schweißes 4%ig, zur groben Desinfektion 5%ig. — (Pharm. Post 1905.)

Typhoplasmin (Buchner) ist der Preßsaft von Typhusbazillen, wird als Schutzimpfung gegen Typhus empfohlen.

Unguentum Olei Gynocardiae, Chaulmoogra-Salbe besteht aus Ol. Gynocardiae 1, Paraffini solidi 1, Vaselini 2.

Urolysin ist chinasaures Vanadinzitrat (mit 10% Chinasäure). Anwendung: Bei Nieren- und Steinleiden. — (Pharm. Post 1905.)

Yohimbin Riedel. Zusammensetzung: Ein aus der Rinde von Corynanthe Yohimbe, einer im südlichen Kamerun wachsenden Rubiacee, hergestelltes Alkaloid. — Eigenschaften: Yohimbinum hydrochloricum Riedel, die Arzneiform des Handels, bildet in Wasser 1:40 lösliche Blättchen vom Schmelzpunkt 288°. In konzentrierter schwefelsaurer Lösung wird durch Kaliumbikarbonat eine blauviolette Färbung hervorgerufen. — Anwendung: Das Yohimbin Riedel ist ein stark wirkendes Aphrodisiakum und wird als solches in Dosen von 0·005 g in Form komprimierter Tabletten mit Milchzuckerzusatz mehrmals täglich gegeben. Es wirkt besonders gut bei Impotentia virilis, wie Taussig, Kronfeld, Boß und andere Autoren in einwandfreier Weise gezeigt haben. Im allgemeinen genügt eine Dosis von 0·005 g, bisweilen sind aber mehrere Tabletten nötig, welche im Laufe von je drei Stunden eingenommen werden. Neuerdings wird das Präparat auch als lokales Anästhetikum geprüft; es besitzt nach dieser Richtung eine dem Kokain ähnliche Wirkung und wird auch wie dieses angewendet. — (Riedels Ber. 1904.)

Zyminstäbchen. Stäbchen, bestehend aus Dauerhefe 40, Rohrzucker 20 und wasserlöslichem, indifferentem Konstituens 20%. — Als Mittel gegen Gonorhöe der Frauen. (Fortsetzung folgt.)

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Ueber den Wert der Serumtherapie bei Tetanus mit spezieller Berücksichtigung der Duralinfusion berichtet Paul Weiß in seiner Dissertation (München 1904).

Sein Urteil geht dahin, in jedem Falle von Tetanus Heilserum anzuwenden, und zwar ist die Duralinfusion des Antitoxins mit abwechselnden Injektionen ganz besonders empfehlenswert, um so eine bessere Verteilung des Antitoxins im Körper zu ermöglichen. Es gibt Fläschchen mit 100 I. E., die man beim erwachsenen Menschen sofort nach Erkennung der Symptome nach der Quinke'schen Methode ganz einspritzen kann. Diese Methode ist kurz folgendermaßen auszuführen: Man sticht zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel mit der zirka 4 cm langen Nadel ein, dann läßt man 10—20 cm^3 Spinalflüssigkeit ausfließen, d. h. so viel Flüssigkeit, wie man nachher Serum einspritzen will; dann spritzt man langsam, etwa in einer Minute, 2 cm^3 Behrings Antitoxin ein, im ganzen etwa 10—20 cm^3.

Ueber Serumtherapie des Scharlachs berichtet Kolly. Vf. hat im Morosow-Kinderkrankenhause zu Moskau in vierzehn Fällen von Scharlach die Serumbehandlung angewandt. In neun Fällen wurde das im Moskauer bakteriologischen Institut hergestellte Moser'sche Serum,

in fünf Fällen das polyvalente Antistreptokokkenserum injiziert; letzteres wurde aus einem Gemisch von verschiedenen Streptokokkenarten gewonnen, das auch einen aus dem Blute von Scharlachkranken gezüchteten Streptokokkenstamm enthielt. Ein besonderer Unterschied in der Wirkungsweise dieses oder jenes Serums wurde nicht wahrgenommen. Die zur Serumbehandlung ausersehenen Fälle waren möglichst frisch und schwer; in der überwiegenden Mehrzahl von ihnen gelangten 200 cm³, je 100 cm³ jederseits in das Unterhautzellgewebe des Abdomens zur Injektion. Der Erfolg war ein über alles Erwarten guter; von sämtlichen Patienten starb bloß ein einziger an Diphtherie, welche sich noch vor Ablauf von 24 Stunden nach der Einspritzung des Moser'schen Serums zur Grundkrankheit hinzugesellt hatte. Vor allem war bei den gespritzten Patienten die Besserung des Allgemeinbefindens und der nervösen Symptome in die Augen fallend; gleichzeitig damit fanden sich auch Schlaf und Appetit wieder ein. Die Temperatur sank in der Mehrzahl der Fälle kritisch, der Puls wurde voller, die Atmung gleichmäßiger und tiefer. Auf die Abschuppung übte das Serum nicht die mindeste Wirkung aus. Nephritis war kein einziges Mal zu konstatieren. — (Wien. Med. Presse Nr. 13, 1904.)

2. Nahrungs- und Genußmittel.

Ueber „Tutulin" äußert sich der XIII. Jahresbericht des Vereins Heilanstalt „Alland" für das Jahr 1904 folgendermaßen: „Von anderweitigen therapeutischen Maßnahmen seien zunächst unsere Erfahrungen über „Tutulin" hier verzeichnet, welches wir bei mangelhaftem Ernährungszustande und verminderter Appetenz in einer größeren Anzahl von Fällen in Anwendung brachten, und zwar mit gutem Erfolge. Es hatte fast immer einen merkbaren Einfluß auf die Gewichtszunahme und den Appetit. In einem Falle vollkommener Appetitlosigkeit, hochgradiger Abmagerung, bei unausgesetzter quälender Gastralgie, der wegen absoluter Intoleranz gegen jede auf dem natürlichen Wege zugeführte Nahrung zur ausschließlichen Ernährung per clysma zwang, erzielten wir durch rektale Ernährung mit „Tutulin" einen ganz zufriedenstellenden Erfolg, indem während der 14tägigen ausschließlich rektalen Ernährung keine Gewichtsabnahme eintrat, ein Beweis für die gute Resorbierbarkeit des Präparats." (Pharm. Post Nr. 15, 1905.)

Triferrin.

Aus den Mitteilungen von Dr. A. Halász ist zu ersehen, daß die Patienten das Triferrin selbst bei Verdauungsstörungen gut vertragen. Die Darreichung des Triferrin bewirkte nicht nur eine regelmäßige erhebliche Zunahme des Hämoglobingehaltes, sondern in vielen Fällen, sogar bei schweren sekundären Anämien, stieg auch die Zahl der roten Blutkörperchen wesentlich und in verhältnismäßig kurzer Zeit. Gleichzeitig besserte sich auch das subjektive Befinden der Kranken und die Krankheitssymptome schwanden. — (Reichs-Medizinal-Anzeiger Nr. 8, 1905.)

3. Anderweitige Heilbehelfe.

(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

Heiße Bäder bei Meningitis cerebrospinalis.

Wie Rojansky berichtet, ist die Mortalität unter dieser Behandlungsmethode von 80% auf 35% gesunken; der Abgang betrifft hauptsächlich zu spät zur Behandlung gekommene Fälle; von zehn Kranken, die gleich in den ersten vier Tagen so behandelt werden, ist nur einer gestorben. Es werden täglich zwei Bäder von 40° Wärme und 15—20 Minuten Dauer gegeben, dabei kommt eine Eisblase auf den Kopf, die beständig liegen bleibt, bis zum Nachlassen der Kephalalgie und des Deliriums. Weiter verordnet Vf. Kardiotonika, leichte Abführmittel und Katheterismus, wenn Urinretention eintritt. — (Bull. méd. Nr. 136, 1904.)

Wirkungen der Kaspar-Heinrich-Quelle zu Driburg bei Krankheiten der Harnorgane.

Die beiden seit Jahrhunderten schon bekannten Driburger Quellen gehören zu



den sogenannten erdigen Eisenwässern. Wenn auch ihre Hauptbedeutung in dem Eisengehalt gefunden wurde, so wandte man doch die Quelle schon in früheren Zeiten gegen die Krankheiten aller Harnorgane an. L. Lünnemann (Driburg) gibt eine Analyse der Caspar-Heinrich-Quelle (Therapeut. Monatsh., Nr. 6, 1904), aus der hervorgeht, daß sie eine ähnliche Zusammensetzung aufweist, wie die Georg-Viktoria-Quelle zu Wildungen. Gegen Nephritis acuta, besonders Scharlachnephritis, ferner bei chronischer Nephritis, chronischer Zystitis, Phosphaturie, Prostatahypertrophie und Harnkonkrementen fand er das Wasser der Kaspar-Heinrich-Quelle bewährt und empfehlenswert.

Ueber Wesen und Bedeutung der Kohlensäurebäderbehandlung äußert sich Dr. Fisch (Karlsbad) in der Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. Nr. 1, 1904. Durch die genaue Abstufbarkeit der in den natürlichen Kohlensäurebädern zur Geltung gelangenden wirksamen Bestandteile (Chloride und Kohlensäure) ist es allein erst richtig möglich geworden, dem Prinzip der Herzschonung und Herzübung gewissenhaft Rechnung zu tragen. Diese Abstufarbeit bildet die Grundlage des von Fisch erdachten Systems „Aphor“, dosierte (künstliche) Kohlensäure-Soolbäder, System Fisch, einer Serie von 20, im Gehalt an Salzen und Kohlensäure genau dosierten künstlichen Bädern, die, analog den natürlichen, eine verhältnismäßig rationell systematische Kohlensäurebäderbehandlung ermöglichen.

Zur Herstellung der Injektionsgelatine.

Die vom chemisch-bakteriologischen Laboratorium von Dr. Frey und Dr. König in München in den Handel gebrachte Injektionsgelatine wird nach folgendem Verfahren hergestellt: Die beste Marke der reinsten Gelatine wird angewandt. Davon werden je nach Bedarf 2—20 g zu 100 g Wasser abgewogen und 12 Stunden lang der Quellung überlassen. Dann wird nach Zusatz von 0·6% NaCl in gelinder Wärme gelöst, nach dem Lösen mit Eiweiß gut durchgeschüttelt, zirka eine Stunde im Dampftopf gekocht und filtriert. Die klare Lösung wird nun durch Impfung an Tieren (vorzugsweise Mäusen) auf die Abwesenheit von Tetanusbazillen oder Toxinen geprüft. Ist die Lösung einwandfrei, so wird sie in Gläser oder Röhren gefüllt und sterilisiert.

4. Rezeptformeln.

Die Mixturenrezepte der „Formulae magistrales Berolinenses“.*)

Mixtura acidi hydrochlorici:

Rp. Acidi hydrochlorici 1·0
Tincturae Aurantii 3·0
Syrupi simplicis 20·0
Aq. dest. ad 200·0
D. S. Zweistündlich einen Eßlöffel voll.
1 Dosis 0·49 Mark, ½ Dosis 0·40 Mark.

Mixtura alcoholica seu Aqua Vitae:

Rp. Spiritus 40·0
Tincturae Chinae comp. 3·0
Aq. dest. ad 200·0
D. S. Zweistündlich einen Eßlöffel voll.
1 Dosis 0·43 Mark, ½ Dosis 0·35 Mark.

Mixtura antirheumatica:

Rp. Natrii salicylici 10·0
Tincturae Aurantii 5·0
Aq. dest. ad 200·0
D. S. Viermal täglich einen Eßlöffel voll.
1 Dosis 0·68 Mark, ½ Dosis 0·60 Mark.

Mixtura diuretica:

Rp. Liquoris Kalii acetici 30·0
Olei Petroselini gtt. II
Aq. dest. ad 200·0
D. S. Dreimal täglich einen Eßlöffel voll.
1 Dosis 0·64 Mark, ½ Dosis 0·45 Mark.

Mixtura gummosa:

Rp. Mucilaginis Gummi arabici } ãã 20·0
Syrupi simplicis }
Aq. dest. ad 200·0
1 Dosis 0·68 Mark, ½ Dosis 0·45 Mark.

Mixtura Natrii bicarbonici:

Rp. Natrii bicarbonici 10·0
Tincturae Aurantii 5·0
Glycerini 10·0
Aq. dest. ad 200·0
D. S. Zweistündlich einen Eßlöffel voll.
1 Dosis 0·62 Mark, ½ Dosis 0·55 Mark.

*) Siehe Heft 2, Seite 107 und Heft 3, Seite 162.

Mixtura nervina:

Rp. Kalii bromati 8·0
Natrii bromati }
Ammonii bromati } ää 4·0
Aq. dest. ad 200·0

D. S. Dreimal täglich einen Eßlöffel voll. 1 Dosis 0·73 Mark, ½ Dosis 0·56 Mark.

Mixtura nitrica:

Rp. Kalii nitrici 6·0
Syrupi simplicis 30·0
Aq. dest. ad 200·0

1 Dosis 0·64 Mark, ½ Dosis 0·53 Mark.

Mixtura Pepsini:

Rp. Pepsini 5·0
Acidi hydrochlorici 1·0
Tincturae Aurantii 5·0
Syrupi simplicis 20·0
Aq. dest. ad 200·0

D. S. Zweistündlich einen Eßlöffel voll. 1 Dosis 0·97 Mark, ½ Dosis 0·73 Mark.

Mixtura solvens:

Rp. Ammonii chlorati 5·0
Succi Liquiritiae dep. 2·0
Aq. dest. ad 200·0

D. S. Zweistündlich einen Eßlöffel voll. 1 Dosis 0·75 Mark, ½ Dosis 0·65 Mark.

Mixtura solvens stibiata:

Rp. Tartari stibiati 0·05
Ammonii chlorati 5·0
Succi Liquiritiae dep. 2·0
Aq. dest. ad 200·0

D. S. Zweistündlich einen Eßlöffel voll. 1 Dosis 0·80 Mark, ½ Dosis 0·70 Mark.

Mixtura vinosa:

Rp. Tincturae Chinae comp. 4·0
Syrupi simplicis }
Spiritus } ää 25·0
Aq. dest. ad 200·0

D. S. Zweistündlich einen Eßlöffel voll. 1 Dosis 0·54 Mark, ½ Dosis 0·42 Mark.

5. Behandlungsmethoden.

Dialytische Behandlung der Magenkrankheiten.

Hayem versteht darunter die Anwendung verschiedener Salzlösungen.

Rp. Natr. bicarb. 2·5
Natr. sulfur. 3·0
Natr. chlor. 1·0
Aq. dest. 1000·0

Die Lösung wird auf 40° erwärmt, morgens nüchtern in drei Portionen in Intervallen von 20 Minuten genommen. Die Gesamtdosis beträgt am ersten Tage 250 cm³, dann täglich um je 50 cm³ mehr bis auf 500 cm³. Die Behandlung dauert 3—4 Wochen. Indiziert ist die Lösung bei parenchymatöser Gastritis mit Verdauungsschwäche, kontraindiziert bei atonischer Dilatation, Tuberkulose, inkompensierten Klappenfehlern und Karzinom. Ferner kommt in Betracht:

Rp. Natr. chlor. 5·0
Natr. sulf. 2·0
Aq. dest. 1000·0

Diese Lösung wird morgens bei nüchternem Magen, eine Stunde vor der ersten Mahlzeit, kalt, in Mengen von 200 bis 250 cm³ genommen, und zwar bei beginnenden Magen-Darmerkrankungen. Kontraindikation gibt nur Hyperpepsie mit prolongierter Verdauung. Bei Hypopepsie kommt in Betracht:

Rp. Natr. chlor. 5·0
Natr. phosph. 3·0
Aq. dest. 1000·0

Bei habitueller Obstipation:

Rp. Natr. chlor. 3·0
Natr. sulf. 5·0
Aq. dest. 1000·0

Als Purgans:

Rp. Natr. chlor. 5·0
Natr. sulf. 10·0
Aq. dest. 1000·0

— (Bull. med. Nr. 50, 1904.)

Behandlung der Pyrosis.

Oefele ist auf Grund der Ergebnisse einiger Kontanalysen bei Pyrosis zu der Anschauung gekommen, daß die Steatorrhöe, welche den auffälligsten pathologischen Befund bildete, in erster Linie zu bekämpfen sei. Zu diesem Zwecke bediente er sich des Sapo medicatus (Eunatrol und Cholelysin hätten denselben Dienst getan, wurden aber vom Vf., der „kein Freund unnötiger Patentmedi-

zinen“ ist, verschmäht). Sapo medicatus wurde in der Gabe von 2 dg 40 Minuten je nach dem Mittag- und Abendessen verabreicht. Der Erfolg war ein durchschlagender insofern, als die Pyrosis sofort ausblieb. Vf. hält nach seinen Analysen diese Behandlung für rationeller als die bisherige Darreichung von doppeltkohlensaurem Natron. — (Wien. med. Presse, Nr. 5, 1905.)

6. Varia.

Der Kampf gegen die Genickstarre.

Regierungs- und Medizinalrat Dr. Nesemann weist auf ein Merkblatt über die epidemische Genickstarre und ihre Bekämpfung hin, das unter Mitwirkung des Geheimen Ober-Medizinalrates Prof. Dr. Kirchner für den Regierungsbezirk Oppeln aufgestellt worden ist. Es lautet:

1. Die epidemische Genickstarre ist eine ansteckende Krankheit, die durch das Eindringen eines unsichtbaren Krankheitskeimes, des sogenannten Meningococcus intracellularis entsteht.

2. Die Krankheit beginnt in der Regel plötzlich mit Fieber (meist Schüttelfrost), wütenden Kopfschmerzen, Unbesinnlichkeit und häufig mit Erbrechen. Hiezu tritt meist eine eigentümliche Starre in der Muskulatur des Nackens, des Rückens, der Beine und der Arme. In einer nicht geringen Zahl von Fällen tritt schon nach wenigen Tagen der Tod ein.

3. Die Ansteckung wird in der Regel durch den Nasen- oder Rachenschleim der an Genickstarre erkrankten Personen bewirkt. Auch gesunde Personen aus der nächsten Umgebung der Kranken, und solche, die mit diesen Personen in Berührung kommen, können die Erreger der Krankheit, den Nasen- oder Rachenschleim mit sich führen und hiedurch zur Weiterverbreitung der Krankheit beitragen.

4. Enge, überfüllte und schlecht gelüftete Wohnungen begünstigen die Verbreitung der Krankheit.

5. Die Schutzmaßregeln zu ihrer Verhütung sind: a) Schleunige Anzeige jedes Falles von Genickstarre und jeder verdächtigen Erkrankung bei der Polizeibehörde. b) Strenge Absonderung der Erkrankten und der der Genickstarre verdächtigen Personen, ihre Ueberführung in ein geeignetes Krankenhaus, falls eine genügende Absonderung in ihrer Wohnung nicht möglich ist. Der Transport der Kranken zum Krankenhaus darf in Droschken oder anderem öffentlichen Fuhrwerk nicht erfolgen. Läßt sich dies in Notfällen nicht vermeiden, so sind die bewußten Fuhrwerke nach dem Gebrauch nach Anweisung des Kreisarztes zu desinfizieren. — Die Entlassung der Kranken aus dem Krankenhause soll nur nach Ablauf der Ansteckungsgefahr erfolgen. Vor der Entlassung sind ihre Kleider zu desinfizieren und die Kranken durch Bäder zu reinigen. c) Die Desinfektion der Wohnung sofort nach Ueberführung der Kranken in ein Krankenhaus oder nach Ablauf der Krankheit. d) Gesunde Schulkinder, die mit den Erkrankten in demselben Hause wohnen, sind von der Schule fernzuhalten, bis der Kreisarzt den Schulbesuch wieder für zulässig erklärt. e) Die Angehörigen der Erkrankten verringern die Gefahr der Erkrankung für sich und die mit ihnen in Berührung kommenden Personen durch peinlichste Sauberkeit, namentlich der Hände und durch desinfizierende Ausspülungen des Halses und der Nase. Hiezu eignen sich zum Beispiel schwache Lösungen von Menthol, Wasserstoffsuperoxyd und dergleichen.

Für die Pflege Genickstarrekranker sind folgende Vorschriften zu beachten:

1. Die mit der Pflege der Kranken betrauten Personen haben sich der Pflege anderer Kranker tunlichst zu enthalten.

2. Das Pflegepersonal soll waschbare Ueberkleider oder möglichst große Schürzen tragen. — Das Pflegepersonal soll zur Vermeidung der Ansteckung sich bei der Krankenpflege so stellen, daß es von den Schleimbläschen, die die Kranken beim Sprechen, Husten und Niesen von sich verbreiten, nicht getroffen werde.

Im Krankenzimmer soll das zum Reinigen der Hände Erforderliche (Waschschüssel, Lysollösung, Handtücher) stets bereitstehen.



4. Die Abgänge der Kranken (Speichel, Auswurf, Gurgelwasser) sind sofort zu desinfizieren. Ebenso die von den Kranken benützten Taschentücher, Leib- und Bettwäsche, Eß- und Trinkgefäße, bevor sie aus dem Krankenzimmer entfernt werden.

5. Nahrungs- und Genußmittel, die für andere bestimmt sind, dürfen im Krankenzimmer nicht aufbewahrt werden.

6. Vor dem jedesmaligen Verlassen der Krankenzimmer sollen die Pfleger sich Gesicht und Hände sorgfältig desinfizieren und Hals und Nase mit einem desinfizierenden Mundwasser ausspülen.

Bücher-Anzeigen.*)

Röntgenologisches Hilfsbuch. Mit einem Anhang über Radioaktivität. Mit 33 Abbildungen. Bd. I. Von Ingenieur Friedrich Dessauer. Verlag von A. Stuber (C. Kabitzsch). Würzburg 1905.

Diese Sammlung von Abhandlungen ist bestimmt, den denkenden Röntgenographen, die den Gang der Ereignisse am Apparat nicht nur mechanisch, sondern mit Einsicht beeinflussen wollen, den hindernisreichen Erkenntnispfad zu ebnen. Mit der Ausweitung der neuen Disziplin seit Jahren aufs innigste verbunden, hat die Röntgenologie dem Aschaffenburger Fachmann schon manch wesentliche Bereicherung zu verdanken gehabt und niemand ist berufener als Dessauer, um die komplizierten physikalischen und technischen Probleme der jungen Lehre, einem nach Fortbildung strebenden Interessentenkreis erläuternd vorzutragen. Dieser Aufgabe genügt Vf. aufs beste durch die Vereinigung seiner wichtigsten Studien über das Blendverfahren und seine Kombination mit der Orthodiagraphie, über Wahl und Gebrauch der Röntgenröhre, über Stromquellen in der Medizin, über Unterbrecher, über die Schädlichkeit der Schließungsinduktion und ihre Unterdrückung, über die Funkenlänge des Induktors. Den Abschluß dieses ersten Teiles bildet eine interessante Studie über die Radioaktivität und der an dieselbe geknüpften Theorien und Hypothesen (Rutherford, Ramsay, Soddy).

Der mit zahlreichen instruktiven Abbildungen ausgestattete Lehrbehelf wird sicherlich in allen Händen kursieren, welche die Ausübung der Radiotherapie mit Ernst und wissenschaftlicher Schulung zu betreiben gedenken. N.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Trachéobronchoscopie et Oesophagoscopie par Guisez. Mit 20 Figuren. Paris 1905. Verlag von J. B. Baillère et fils.

Guisez gibt eine kurze Uebersicht über den heutigen Stand der beiden modernen Untersuchungsmethoden und stützt sich dabei im wesentlichen auf die Arbeiten deutscher Autoren. In Frankreich selbst ist über direkte Besichtigung von Bronchien und Speiseröhre wenig bekannt, auch Guisez beschäftigt sich erst seit $1^1/_4$ Jahren mit derselben, hat aber bereits ausgedehnte Erfahrung erworben.

Sein Instrumentarium weist zum Teil bemerkenswerte Verbesserungen auf, so die Stirnlampe; auch der Zangengriff scheint recht praktisch zu sein; der „Tube-spatule de Guisez“ ist identisch mit dem längst bekannten Killian'schen Röhrenspatel. Der Tubus ist dem v. Mikulicz'schen nachgebildet; Beachtung verdient der „Electro-aimant“ zur magnetischen Extraktion von metallischen Fremdkörpern.

An der Hand von einigen Beispielen weist Guisez auf die praktische, therapeutische und diagnostische Bedeutung der Methoden hin. In der nächsten Auflage dürften die zahlreichen Druckfehler, besonders wo es sich um Wiedergabe deutscher Namen und Zitate handelt, zu vermeiden sein. So wäre anstatt V. Acker wieder der richtige Name des berühmten österreichischen Chirurgen aufzunehmen. St., Heidelberg.

Gilbert Diabeteskūche. 2. Auflage. Berlin 1905. Medizinischer Verlag. 87 Seiten.

Wenn v. Noorden, einer der ersten Diabeteskenner, der ersten Auflage der „Gilbertschen Diabetesküche“ vor $2^1/_2$ Jahren das Zeugnis ausstellte: „Es ist das erste

Buch über Diabetesküche, das wirklich gut ist, und das ich gern empfehlen kann und werde", so erübrigt es sich wohl, in extenso über die erweiterte 2. Auflage zu berichten. Das billige anspruchslose Büchlein sei der Beachtung der Kollegen bestens empfohlen. F. L.

Rationelle Organotherapie mit Berücksichtigung der Urosemiologie. Von Prof. A. v. Poehl, Prof. Fürst J. v. Tarchanoff und Dr. P. Wachs. Herausgegeben von dem russischen „Journal für medizinische Chemie und Organotherapie" zu St. Petersburg. 1. Hälfte. 1905. 242 und XXIII Seiten. Preis 6 Mark.

Im 1. Kapitel werden wir über die Aufgaben der rationellen Organotherapie unterrichtet und mit der Urosemiotik, der Lehre von den Harnkoeffizienten, vertraut gemacht; in den weiteren Kapiteln werden die verschiedenen in der Organotherapie angewandten Mittel besprochen. Der Hauptinhalt des Buches ist ein Loblied auf das Sperminum Poehl, das nach den reichlichen Krankengeschichten und Literaturbelegen eine wahre Panacee zu sein scheint. F. L.

Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin. Von W. Ebstein und E. Schreiber. Bericht über das Jahr 1901. 3. Heft. Stuttgart 1905. Verlag von F. Enke. Preis 4 Mark.

In diesem Zentralblatt ist schon an anderer Stelle auf die großen Verdienste hingewiesen worden, die sich Herausgeber und Verleger dieser Jahresberichte erworben haben. Sehr bedauerlich ist es nun, wenn in dem Avis dieses dritten Heftes konstatiert ist, daß der Bearbeitung des Jahres 1901 gleich die von 1904 folgen wird, und daß die Redaktion sich bei weiterer nicht genügender Würdigung entschließen müsse, das Unternehmen eventuell nach Abschluß des Jahres 1904 wieder aufzugeben. Ist es schon für die Freunde, die sich die Jahresberichte erworben haben, sehr bedauerlich, daß die Jahre 1902 und 1903 zunächst nicht bearbeitet werden sollen, (bei genügender Beteiligung am Abonnement werden sie nachgeholt), so ist es doppelt befremdlich, daß ein so dankenswertes und schwieriges Unternehmen an der Teilnahmslosigkeit des ärztlichen Publikums scheitern soll. Es sei deshalb an dieser Stelle nochmals hervorgehoben, daß das Unternehmen redliche Unterstützung vollauf verdient.

Dr. Fritz Loeb, München.

Pathologie und Therapie der Niereninsuffizienz bei Nephritiden. Auf Grund eigener Untersuchungen von Dr. Geza Kövesi und Dr. Wilhelm Roth-Schulz. Mit einer Vorrede von Prof. Alexander v. Koranyi. Gekrönte Preisschrift. Leipzig 1904. Verlag von Georg Thieme. 284 Seiten. Preis 7 Mark.

Es ist fast ein Jahrzehnt verflossen, seit Koranyi die moderne Theorie der Lösungen in die Phatologie der Nierenkrankheiten eingeführt hat. Die in dem vorliegenden Werke niedergelegten Tatsachen haben im wesentlichen zur Bestätigung derjenigen Anschauungen geführt, die Koranyi mit seinen Schülern über die pathologische Nierentätigkeit und die Prinzipien ihrer Bekämpfung in zahlreichen Arbeiten vertrat. Koranyi bemerkt in seiner Vorrede treffend, daß der Hauptwert der vorliegenden Untersuchungen in einer Fülle von Tatsachen liege, „die ihr Recht in der Nierenpathologie auch dann behaupten werden, wenn die rastlose weitere Entwicklung der Wissenschaft einen Wandel der hier erörterten Anschauungen erheischen würde".

Der erste Teil behandelt die exakten Zeichen der Niereninsuffizienz (Stoffumsatz der Nierenkranken, Gefrierpunkt des Harnes und Blutes, Formen der Niereninsuffizienz). Im zweiten Teil werden die klinischen Symptome der Nephritiden als Folgen der Niereninsuffizienz eingehend erörtert (Urämie, Wassersucht, Beteiligung der Herztätigkeit). Der dritte Teil ist der Besprechung der Therapie der Niereninsuffizienz gewidmet. (Wert der diätetischen Behandlung, Bedeutung der Diaphorese und der erhöhten Flüssigkeitsaufnahme, Anwendung der künstlichen Diurese und Catharsis). Der Anhang bringt die Versuchsprotokolle und Versuchsbedingungen.

Das Werk bietet eine reiche Fülle von Anregungen (besonders in seinem dritten Teil, es sei hier nur auf das Thema der Flüssigkeitszufuhr hingewiesen) und kann zur Anschaffung bestens empfohlen werden.

Dr. Fritz Loeb, München.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Die Therapie des Morbus Basedowii in den letzten Jahren.

Von Dr. **Georges Dreyfus** (Heidelberg).

Seitdem Karl v. Basedow im Jahre 1840 in Caspers Wochenschrift einen Aufsatz über „Exophthalmus durch Hypertrophie des Zellgewebes in der Augenhöhle" veröffentlichte, hat es nicht an Versuchen gefehlt, diese eigenartige Krankheit, die nach A. Hirschs Vorschlag (1858) „Basedow'sche Krankheit" benannt wurde, theoretisch zu erklären und so dem klinischen Verständnis näher zu bringen. Eine Fülle von Ansichten ist in jenen 65 Jahren über das Wesen und die eigentliche Ursache der Krankheit geäußert worden. Eine jede Ansicht hat ihre begeisterten Vertreter gefunden, jede Ansicht erfreute sich für längere oder kürzere Zeit einer großen Zahl von Anhängern. Allein trotz dieser vielen Theorien und trotzdem wir in der Beurteilung der Krankheit eine wesentliche Förderung durch das Erkennen der außerordentlichen Bedeutung der Schilddrüse im Basedow'schen Symptomenkomplex erfahren haben, kennen wir auch heute noch nicht das Wesen und die Ursache der Krankheit. Es ist wahrscheinlich, und in diesem Sinne haben sich viele Autoren geäußert, daß wir heute noch unter dem Namen Basedow'sche Krankheit eine Anzahl von Krankheiten zusammenfassen, die dem Wesen und der Ursache nach verschieden sind und nur in vielen Symptomen übereinstimmen.

Basedow selbst verfocht die hämatogene Theorie, indem er eine primäre Veränderung im Blute, wie bei der Chlorose, annahm und damit die Symptome erklärte. Stokes glaubte, daß es sich bei dem Morbus Basedowii um eine primäre Herzerkrankung handle, Köben suchte das Wesen der Krankheit in einer Läsion des Sympathikus durch Druck der Struma auf die Halsnerven zu erklären, Gros verlegte den Sitz der Erkrankung in den Vagus, und da auch diese Theorie nicht befriedigte, nahm Sattler eine Erkrankung des Vagus und Sympathikus an, um die wechselvollen Symptome zu erklären. Lange Zeit sollte dann eine Sympathikuserkrankung die Hauptschuld an dem Leiden tragen. Die einen (Aran) nahmen eine Reizung, die anderen eine Lähmung des Nerven an. Auch diese Anschauungen wurden verworfen, weil ein Teil der Symptome nur durch eine vasomotorische Reizung, ein anderer durch vasomotorische Lähmung erklärt werden konnte und es nicht angängig erschien, von einem Agens, welches den Sympathikus schädigte, gleichzeitig Reizungs- und Lähmungserscheinungen zu erwarten. Diesem Uebelstand halfen Dastre und Morat auf Grund ihrer Untersuchungen dadurch ab, daß sie behaupteten, der Sympathikus stelle einen Nervenkomplex dar, welcher sich aus vasokonstriktorischen und -dilatatorischen Fasern kombiniere. Die Sympathikustheorie in ihren vielen Variationen hat auch heute noch die Mehrzahl ihrer Anhänger in Frankreich.

Der Begründer der Neurosentheorie der Basedow'schen Krankheit ist Charcot gewesen, der als Ursache der Krankheit eine Alteration der Ganglienzellen der Hirnrinde annahm. Der eifrigste Vertreter dieser Theorie in Deutschland ist Buschan.

Eine Reihe von Forschern verlegte den Sitz der Krankheit in die Medulla oblongata. Diese Theorie wurde gestützt durch die Experimente Filehnes, Durdufis und Bienfaits, welche durch Reizung der vasomotorischen Zentren

einen basedowähnlichen Zustand bei Tieren hervorrufen konnten. Freilich gelang dies anderen Autoren nicht und durch Lähmung oder auch Reizung dieser Zentren wäre es kaum möglich, den ganzen Symptomenkomplex zu erklären.

Die thyreogene Theorie, die von Möbius stammt, und die den Sitz der Erkrankung in die Schilddrüse verlegt, hat heute bei weitem die meisten Anhänger, jedoch gehen die Anschauungen der einzelnen Autoren betreffs der Rolle, die die Schilddrüse spielt, weit auseinander. Möbius sagt ganz kurz: „Die Basedowsche Krankheit ist eine Vergiftung des Körpers durch krankhafte Tätigkeit der Schilddrüse.“ Manche nehmen an, daß durch den Stoffwechsel im Körper giftige Stoffe entstehen, die durch die Absonderung der Schilddrüse unschädlich gemacht werden, sei es, daß sie durch den Kreislauf der Drüse zugeführt werden, sei es, daß der Schilddrüsensaft sie im Kreislauf oder in den Organen aufsucht. Trifft diese Annahme zu, so würden die durch Schilddrüsenmangel entstehenden Krankheiten (die Fomen des Myxödems) als Wirkungen jener giftigen Stoffwechselergebnisse anzusehen sein, während die Basedow'sche Krankheit einer übermäßigen Abscheidung des Schilddrüsensaftes, einer Ueberschwemmung des Körpers damit entspräche. Die Anhänger dieser Anschauung sprechen von einer „Hyperthyreoidisation“. Diejenigen, die als primäre Veränderung immer eine Erkrankung der Schilddrüse ansehen, nehmen an, daß dieser Drüsenerkrankung nicht nur eine Hyperthyreoidisation, sondern auch eine Dysthyreoidisation folgt, daß nicht nur zuviel, sondern auch pathologisch veränderter Drüsensaft geliefert werde.

Durch das krankhaft veränderte Produkt der Schilddrüse erklärt Möbius die Wirkungen auf das Herz und die Blutgefäße, auf das Zentralnervensystem, auf die Hautgebilde sowie alle übrigen Symptome. Eulenburgs Meinung geht dahin, daß durch quantitativ und qualitativ abnorme Beschaffenheit des in der Schilddrüse zirkulierenden Blutes eine abnorme Sekretionstätigkeit der Schilddrüse mit spezifisch pathogener intoxizierender Beschaffenheit des Drüsenprodukts hervorgebracht wird, worauf die auf der Autointoxikation beruhende Neurose und im weiteren Verlauf die Kachexie folgen würde, wie sie bei den schweren Formen von Morbus Basedowii häufig beobachtet wird.

Nach Sittmanns Ansicht sind die beim Zustandekommen des Morbus Basedowii erforderlichen Faktoren: 1. das Zentralorgan (Nervensystem), 2. die Verbindungsfaser (Sympathikus und Vagus) und endlich 3. das Endorgan (Schilddrüse); dazu kommen noch Kollateralen im Sympathikusgebiet und der Ernährungsapparat. Jede Läsion eines dieser Faktoren könne unter gewissen Umständen zu einer spezifischen Alteration der Schilddrüse führen, deren Folgen zusammen mit denen des Primum movens den Symptomenkomplex des Morbus Basedowii herbeiführen.

F. Blum meint, daß es ein Unding sei, bei einem Organ, das keine Sekretion besitzt, von Hypersekretion zu reden. Die Basedow'sche Krankheit sei nicht die Folge einer Hypersekretion, sondern eine Folge davon, daß das von ihm als Thyreotoxalbumin bezeichnete Gift, das eine große Verwandtschaft zu Jod besitzt und deshalb meist jodhaltig ist, nicht zurückgehalten werde, es bestände also eine Insuffizienz der Schilddrüse.

Mikulicz ist der Ansicht, daß das Wesen der Basedow'schen Krankheit keineswegs durch eine übermäßige Funktion der Schilddrüse erklärt werden könne. Der Kropf sei kein primäres, sondern ein dem übrigen koordiniertes Symptom der Basedow'schen Krankheit. Die Schilddrüse hypertrophiere auf Grund derselben Einflüsse, welche die mannigfachen trophischen Störungen in anderen Organen und Geweben hervorrufen. Die Hypertrophie der Schilddrüse habe eine gesteigerte Funktion derselben und damit die Erscheinungen des Thyreoidismus zur Folge. Durch diesen werde das ganze Krankheitsbild gesteigert und gleichzeitig auch die Schilddrüse zu erhöhter Funktion gereizt, das steigere die Erscheinungen noch mehr. So kommt er zu dem Schlusse, daß die Schilddrüse in den Kreislauf des an Base-

dow Leidenden wie ein Multiplikator eingeschaltet sei.

Die selbstverständliche Folge der vielen Theorien über das Wesen des Morbus Basedowii war die, daß außer der Allgemeinbehandlung, die in erster Linie von allen Autoren gewürdigt wird, eine Fülle von Arzneimitteln gepriesen wurde, von denen die einen günstige Beeinflussung, die anderen absolute Heilung, wieder andere völligen Mißerfolg sahen. Nur ganz wenige von den zahlreichen Medikamenten, die in der Behandlung des Morbus Basedowii empfohlen wurden, haben sich dauernd halten können. Gerade dadurch, daß dieselben Mittel so außerordentlich verschieden wirkten, daß Krankengeschichten, welche von absoluter Heilung, andere nach monatelangem Gebrauch des Mittels, von völlig negativem Erfolge berichteten, publiziert wurden, ist der Skeptizismus gegenüber der medikamentösen Therapie bei der Basedow'schen Krankheit erwacht. Es war ja auch eine ganze Reihe von Momenten, die erst im Laufe der Zeit erkannt und erst in jüngster Zeit berücksichtigt wurden, die beobachtet werden mußten, um von einem Erfolg sprechen zu können.

Die Dauer der bisherigen Krankheit und die bis zu dem Zeitpunkte der Beobachtung angewandte Therapie sind in Betracht zu ziehen. Es gibt schwere und leichte Basedow-Fälle, es gibt Fälle, die allein unter den üblichen Methoden der Allgemeinbehandlung völlig zurückgehen. Wurde nun gleichzeitig ein neues Mittel probiert, so war eben dieses an dem Heilerfolg schuld. Es mußte unterschieden werden, ob der Morbus Basedowii im Stadium aktiver Krankheit oder der Ruhe war. Die nicht selten erst nach längerer Zeit einsetzenden Rezidive zeitigten die bisher nur von den Chirurgen erfüllte Forderung, erst von einem Heilerfolg zu sprechen, wenn die Beobachtungsdauer der Krankheit sich auf mehrere Jahre erstreckte. Möbius resümiert: „Man hat oft den Eindruck, als bedürften die Kranken nur überhaupt irgend einer Behandlung, die nicht gerade schädlich ist. Ob das davon abhängt, daß schließlich mit jeder Behandlung eine gewisse Ruhe verknüpft ist und jedem vernünftige Ratschläge wegen der Lebensführung beigegeben werden oder davon, daß die Basedow-Kranken der Suggestion besonders zugänglich sind oder davon, daß wirklich sehr verschiedene Maßnahmen den Krankheitsprozeß beeinflussen können, ist schwer zu entscheiden. Wirkliche Heilungen sind selten."

Bevor ich zu den beiden Hauptkapiteln der modernen Therapie bei der Basedowschen Krankheit, der Organotherapie und der Operation übergehe, möchte ich nur kurz einige Medikamente in den Bereich meiner Betrachtung ziehen.

Die günstigen Erfahrungen, die man bei anderen Kropferkrankungen mit dem Jod gemacht hatte, legten den Gedanken nahe, daß auch die Basedowstruma auf diese Weise beeinflußt werden könne.

In der Tat wird von Fällen berichtet, in welchen die Struma kleiner wurde, allerdings meist unter erheblicher Verschlimmerung der übrigen Erscheinungen, speziell des Herzklopfens. Die Basedow-Kranken sind mehr als andere Kropfkranke der Gefahr des Jodismus ausgesetzt. Die ungünstigsten Wirkungen wurden bei innerlicher Anwendung von Jodkali, das in in jüngster Zeit wieder von Klemperer sehr empfohlen wird, gesehen, während Jodpinselungen und sogar Jodeinpritzungen in die Schilddrüse besser vertragen wurden. Im allgemeinen ist man von der innerlichen Darreichung des Jod vollständig zurückgekommen, von vielen Autoren wird es geradezu in jeder Form als schädlich bezeichnet. Man glaubt, daß die durch Jod günstig beeinflußten Fälle zur sekundären Form des Basedow gehören.

Von Kocher wurde das Natrium phosphoricum in die innere Therapie eingeführt. Es lag dieser Empfehlung die Beobachtung zugrunde, daß bei thyreoidektomierten Tieren, die nur noch so viel Schilddrüse hatten, daß sie ohne jedes Krankheitssymptom lebten, Kalium- und Magnesiumphosphate kachektische Erscheinungen bewirkten, die nach Aussetzen des Mittels sofort aufhörten. Da nun als die Ursache der Basedow'schen Krankheit eine vermehrte Sekretbildung

der Schilddrüse angenommen wurde und man bei andauernder Zufuhr von Phosphaten die normale Drüse zur Atrophie bringen kann, mußte die Anwendung von Phosphaten bei der Basedow'schen Krankheit kurativ wirken, da sie den Schilddrüsensaft neutralisieren. Mehrfach wird von günstigen Erfolgen berichtet, in neuester Zeit besonders von Viktor Mathes, doch wurde auch ebenso wie bei den anderen Mitteln in vielen Fällen gar kein Erfolg verzeichnet. — Vigouroux, der die Hauptursache der Basedow'schen Krankheit in der Erweiterung der Gefäße, durch welche die Hypersekretion der Thyreoidea zustande komme, sieht, empfahl die Karotiden-Faradisation, die auch heute noch besonders nach dem Ausspruch Charcots im Jahre 1885: „Avec ce traitement la guérison n'est en général qu'une affaire de temps“ in Frankreich sehr viel geübt wird, während in Deutschland hauptsächlich die Galvanisation des Halssympathikus, die eine große Rolle im therapeutischen Schatz der Neurologen spielt, bevorzugt wird.

Trotzdem die meisten Autoren die Basedow'sche Krankheit als eine Folge der Hyperthyreoidisation ansehen, und man danach annehmen mußte, daß Zufuhr von Schilddrüsentabletten nur eine Verschlimmerung der schon bestehenden Symptome zeitigen würden, ist auch diese Therapie noch nicht ganz ad acta gelegt. Die Mehrzahl der Beobachter sah entweder gar keinen Erfolg oder eine Verschlimmerung. Trotzdem hält Klemperer bei jedem Basedow-Fall einen „schüchternen Versuch“ mit Thyreoidintabletten unter sorgfältiger Ueberwachung der Wirkung wohl am Platze. Für die angeblichen Heilresultate sind zwei Erklärungen gegeben worden. Ewald meint, die Entlastung der Struma durch die Thyreoidintabletten gebe der Schilddrüse die Möglichkeit, sich zu erholen, ihren hypertrophischen Zustand und damit ihre Hypersekretion, die man für die Ursache des Morbus Basedowii hält, zu verringern, respektive gänzlich einzustellen. Albert Kocher fand, daß kleine Dosen gut vertragen werden, daß dabei die Struma manchmal zurückgehe, während jedoch die Vaskularisation nicht abnehme. Sobald jedoch größere Dosen gegeben wurden oder eine längere Behandlung stattfand, trat Verschlimmerung der Symptome ein. Kocher fand bei der chemischen Untersuchung der Schilddrüsenpräparate eine sehr verschiedene Zusammensetzung derselben. Er konstatierte einen ganz bedeutenden Unterschied im Gehalt von Jod, und namentlich von Phosphor, und brachte die Besserung mit dem Phosphor, die Verschlechterung mit dem Jod in Zusammenhang.

Es verdient noch erwähnt zu werden, daß Oppenheim bei einem Fall von Morbus Basedowii, bei dem das Leiden in die Zeit der beginnenden Menopause fiel, unter dem Gebrauch von Ovarialtabletten eine erhebliche Besserung, namentlich eine Gewichtszunahme (von 18 Pfund) eintreten sah.

Auch Delaunay berichtet über einen Fall von Basedow, der sich bei Beginn der Menopause entwickelte und bei dem die Verabreichung von Ovarialtabletten „eine fast momentane beträchtliche Besserung und bald eine anscheinend dauernde Heilung“ erzielte.

Organotherapie.

Es sind in gleicher Weise fünf Forscher, die sich um die Organotherapie verdient gemacht haben, in Frankreich Ballet und Enriquez (1894), in der Schweiz Lanz (1895), in Deutschland Burghart (1897) und Möbius (1901).

Ballet und Enriquez stehen auf dem Boden der Hyperthyreoidisation. Sie begannen ihre Versuche damit, daß sie Hunden Thyreoideasubstanz sowohl subkutan als per os (durch Ueberimpfung erzielten sie keine nennenswerten Veränderungen) einverleibten. Dadurch erzeugten sie einzelne Symptome der Basedow'schen Krankheit; sie selbst sind vorsichtig genug und sagen nicht: die Basedow'sche Krankheit selbst. Sie gingen von der Ansicht aus, daß normaliter toxische Stoffe im Organismus gebildet werden, die durch die normale Sekretion der Schilddrüse neutralisiert werden und daß nach der Entfernung der Schilddrüse die nicht neutralisierte Anhäufung dieser toxischen Stoffe im Organismus das Myxödem er-

zeugen. Im Gegensatze dazu entstände der Basedow'sche Symptomenkomplex, wenn, durch Hypersekretion der Schilddrüse, zu viel neutralisierende Substanz ins Blut komme. So wollten sie die Wirkung der Hyperthyreoidisation durch die Einverleibung der sogenannten toxischen Substanz unschädlich machen. Sie verwendeten das Serum von der Schilddrüse beraubten Hunden und spritzten dieses im ganzen neun Basedow-Kranken ein. Sie gaben an, damit eine Besserung des Allgemeinbefindens, Verminderung oder selbst vorübergehendes Schwinden des Tremors, Verminderung des Exophthalmus und in einigen Fällen sogar eine bemerkenswerte Verkleinerung der Struma erzielt zu haben.

Die Versuche wurden in Frankreich nicht fortgesetzt, besonders aus äußeren Gründen, weil die Hunde sehr schnell nach der Thyreoidektomie starben und weil das Serum bei zwei von ihren Kranken lokale und allgemeine Zufälle (Tetanie und Konvulsionen) hervorgerufen hatte.

Mit Milch thyreoidektomierter Tiere behandelte Kranke.

Lanz ging von der gleichen Anschauung wie Ballet und Enriquez aus, ging jedoch insofern einen Schritt weiter, als er annahm, daß das in dem Körper thyreoidektomierter Tiere gebildete Kachexiegift (das von Ballet und Enriquez mit toxischer Substanz bezeichnet wurde) auch in die Milch dieser Tiere übergehe.

Er betont aber (trotzdem er seine Versuche, auf dieser Theorie fußend, anstellte), daß die Theorie der Hyperthyreoidisation trotz der anscheinend für sie sprechenden chirurgischen Erfolge nach der Strumektomie keineswegs solide genug fundiert sei, zumal es ihm nicht gelungen sei, durch Einverleibung größerer Schilddrüsendosen bei sich (Lanz, Volkmann'sche Vorträge 1894) die Basedowsche Krankheit zu erzeugen. Auch die klinischen Erfahrungen, daß man zwar im allgemeinen durch Schilddrüsenzufuhr Verschlimmerung der Symptome, ja sogar manchmal Symptome, die dem Morbus Basedowii ähnlich waren, erzeugt hatte, aber auch Besserungen, sowie gar kein Erfolg, sprächen dagegen.

Ich habe im ganzen zehn derartig mit Milch thyreoidektomierter Tiere behandelte Fälle in der Literatur gefunden.

Fall I. (Lanz.)

Patientin bekommt morgens und abends je $^1/_2$—$^1/_4$ l Milch. Ist die ersten Tage schlaflos, ißt fast gar nichts. Am fünften Tage geht der Puls von 90 auf 70 herunter. Patientin schläft, bekommt Appetit und später sogar „Riesenhunger". Früher bestandene Kopfschmerzen verlieren sich. Nach vierzehntägiger Spitalsbehandlung: Struma stark zurückgegangen, wesentlich das hyperplastische Zwischengewebe. Drei Hauptknollen treten deutlich zutage.

Fall II. (Lanz.)

Patientin macht ihre Milchkur während neun Wochen zu Hause, also in unveränderten Lebensverhältnissen. Bericht des sie seit vier Jahren genau beobachtenden Arztes: „Unsere Basedow-Patientin hat sich heute wieder gezeigt, und zwar in so gutem Zustande, wie ich sie in den letzten vier Jahren nie gesehen. Puls 88, kräftig. Vor neun Wochen 134, kaum fühlbar. Schlaf und Appetit gut, Tremor geringer. Trousseau'sches Phänomen nur ganz schwach auszulösen, leichte Tetaniestellung des linken Armes. Die sehr heftigen Kopfschmerzen sind seltener und milder. Der Ernährungszustand hat sich außerordentlich gehoben. Die Ziege gibt zweimal täglich eine Tasse Milch."

Fall III. (Lanz.)

Status: Patientin ist verwirrt (letztes Stadium), hochgradige Abmagerung und Tremor. Schweiße. Dilatatio et insufficienta cordis. Tachykardie. Oedeme der unteren Extremitäten. Enormer Exophthalmus. Gräfe'sches Symptom. Struma. Halsumfang 39 cm. Schwirren. Subjektives Befinden sehr schlecht.

Behandlung: Nach fünfwöchentlicher Milchbehandlung Besserung, vor allem subjektiv. Trank fast ein Jahr die Milch (nur fünf Wochen Spitalbehandlung).

Nach einem Jahr zwei Monaten: Subjektives Befinden viel besser. Kein Herzklopfen, arbeitsfähig, Tremor ver-

schwunden. Exophthalmus viel geringer, Struma nicht wesentlich verändert, Gewichtszunahme.

Eine spätere Nachfrage (wann, wird nicht erwähnt) ergab denselben Befund.

Fall IV. (Lanz.)

Status: Tremor, nervöse Symptome, frequenter Puls, Dilatatio cordis. Struma. Halsumfang 43 cm. 50 Pfund Gewichtsabnahme.

Behandlung: Anfangs 1 l Milch, später weniger.

Erfolg: Nach $^1/_4$ Jahr fähig, leichte Arbeit zu verrichten.

Später (Datum nicht angegeben): Allgemeinbefinden viel besser. Puls viel weniger frequent. Halsumfang 35 cm. Exophthalmus geringer, Gewichtszunahme 30 Pfund. Jede andere Therapie war vorher machtlos gewesen. Nach dem Aussetzen der Milch kein Rezidiv.

Fall V. (Lanz.)

Status: Diffuse Hypertrophie der Schilddrüse mit Gefäßgeräuschen. Exophthalmus nicht deutlich, keine Herzveränderungen. Leichter Tremor. Abmagerung. Puls frequent, erregbar.

Behandlung: Täglich eine Tasse bis $^1/_2$ l Milch.

Erfolg: Nach einigen Wochen subjektives Befinden besser, Struma verschwunden. Puls noch frequent, 91.

Spätere Nachfrage (Datum nicht erwähnt, jedenfalls aber viele Monate später): Struma fast ganz verschwunden. Puls 60, kein Herzklopfen, dagegen Klopfen am Hals. Die Milch war schon mehrere Monate ausgesetzt worden.

Fall VI. (Lanz.)

Status: Patientin seit $^3/_4$ Jahren krank. Exophthalmus. Puls 105, regelmäßig. Tremor. Dilatatio cordis, große weiche Struma.

Milchbehandlung.

Erfolg: Patientin geht es seit der Milchbehandlung besser. Nach 11 Monaten ging es ihr „dauernd gut".

Fall VII. (Lax.)

Siebenwöchentliche Milchbehandlung, täglich $^3/_4$—1 l. Die Milch wurde drei Tage nach der Exstirpation der Schilddrüse verabreicht, nach einigen Wochen verendete die Ziege.

Erfolg nach sieben Wochen: Die Struma wurde weicher und kleiner. Gräfe'sches und Möbius'sches Symptom gingen zurück, das Herz wurde ruhiger, arbeitete rhythmisch, die Körperkraft kehrte zurück. Subjektives Wohlbefinden.

Fall VIII. (Enderlen.)

Schwerer Fall von Basedow. Im Anfang der Milchkur Steigerung der nervösen Symptome, dann aber bedeutende Besserung. Seit dem Aussetzen der Milch wieder Verschlimmerung. Exophthalmus geringer.

Fall IX. (Enderlen.)

„Leichter Fall. Die nervösen Symptome sind ganz geschwunden, Puls von 100 auf 70 zurückgegangen. Exophthalmus und Struma unverändert, Patientin fühlt sich vollkommen wohl.

Es ist mißlich, daß die schilddrüsenlosen Ziegen wenig Milch produzieren und daß nach einigen Monaten überhaupt keine Milch mehr geliefert wird."

Fall X. (Goebel.)

Goebel, der in seinem Fall ebenfalls die Milch einer thyreoidektomierten Ziege verwendete, glaubt, daß die Hyperfunktion der Schilddrüse durch das von ihr produzierte Thyreojodin die Basedow'sche Krankheit hervorrufe. Man müsse also verhindern, daß sich das Thyreojodin, das sich wahrscheinlich aus dem Jod der Nahrung bilde, im Basedowkörper angereichert werde, da die Schilddrüse das einzige Organ sei, das Thyreojodin produziere, so müsse sich in der Milch von thyreoidektomierten Tieren kein organisch gebundenes Jod finden. Wenn man derartige Milch gebe, so erhielten die Kranken zu wenig Jod zur Ueberproduktion des Thyreojodin. Es ist klar, daß diese Theorie weder die Basedow'sche Krankheit noch den Erfolg der Milchtherapie erklärt, da sich ja auch in anderen Nahrungsmitteln Jod findet.

Status: 36jährige Patientin, zirka 9 Jahre krank. Exophthalmus. Struma, Halsumfang 33 cm. Puls 120. Gräfe-sches, Möbius'sches, Stellwag'sches Symptom, positiv. Tremor.



Behandlung: Gleichzeitig mit der Milch: Sympathikusgalvanisation, Arsen, Strumamassage.

Erfolg: Der Exophthalmus hat sich gebessert, Halsumfang um 2 cm vermindert, Gewichtszunahme 8 Pfund. Puls 90, regelmäßig. Subjektives Wohlbefinden. Die harten Knoten in der Schilddrüse sind verschwunden.

Rodagen.

Den Gedanken an die Möglichkeit der spezifischen Therapie bei Morbus Basedowii faßte Burghart im Jahre 1897, ohne die Arbeiten von Ballet und Enriquez und Lanz zu kennen, als auf seiner Abteilung in der v. Leyden'schen Klinik in Berlin gleichzeitig ein Fall von Myxödem und Morbus Basedowii lag. In der Hoffnung, durch Einspritzung eines Kochsalzauszuges des Blutes der ersteren Kranken die Patientin mit Morbus Basedowii günstig zu beeinflussen, spritzte er ihr wiederholt den Blutauszug der Myxödemkranken ein. Nachdem der Effekt ein in Bezug auf viele der subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen günstiger gewesen war, kam Burghart auf die Idee, das Blut von Hunden gegen Morbus Basedowii zu verwenden, welche er durch Entfernung der Schilddrüse tetanisch gemacht hatte. Auch dieses Blut wirkte spezifisch, und zwar ebensowohl bei subkutaner Einspritzung, wie vom Magen aus. An den Versuchen mit Hundeblut, sowie an allen späteren Arbeiten beteiligte sich Blumenthal. Sie erprobten, ebenso wie ihre Vorgänger auf der Theorie der Hyperthyreoidisation fußend, die subkutane Injektion eines Blutkochsalzauszuges, die innerliche Darreichung des getrockneten Alkoholniederschlages dieses Blutauszuges und des Blutes selbst. In jeder dieser Formen erwies sich nach ihren Angaben das Blut der thyreoidektomierten Hunde wirksam gegen Morbus Basedowii. Der Arbeit von Lanz verdankten sie insofern eine wesentliche Verbesserung ihrer Idee, als sie ihnen die Möglichkeit vor Augen führte, aus der Milch thyreoidektomierter Tiere ein Basedow-Heilmittel in haltbarer und leichterer Form zu gewinnen, wie sie ihnen in den Blutpräparaten zu Gebote stand. Sie wiederholten die Lanz'schen Versuche mit Ziegen. Dieselben vertragen die Operation gut und lieferten einige Tage nach der Operation 1 l Milch.

Um den Geschmack zu eliminieren, der in einigen Fällen die Verwendbarkeit beeinträchtigt hatte, suchten sie nach Verfahren geschmacklose, leicht lösliche, jedoch die wirksamen Substanzen der Milch enthaltende Fällungspulver herzustellen.

Dies erreichten sie dadurch, daß sie durch Fällung mit Alkohol aus der Ziegenmilch ein Pulver herstellten, welches, nach Entfettung und Trocknung mit der gleichen Menge Milchzuker versetzt, die gleichen therapeutischen Eigenschaften hatte wie die Milch. Dieses Pulver ist unter dem Namen „Rodagen“ im Handel. 125 g Pulver entsprechen einem halben Liter Milch. Die tägliche Dosis beträgt 5—10 g. Die ersten Symptome der Besserung sollen sich nach dem Gebrauch von zirka 200 g geltend machen. Das Pulver schmeckt süßlich, ist leicht zu nehmen und haltbar, nimmt aber nach längerem Aufbewahren einen leichten Käsegeschmack an, der wahrscheinlich eine Folge nicht absoluter Entfettung ist.

Zur Frage der Schilddrüsenoperation bei Ziegen und Hunden sei gegenüber der Annahme Rydels, der in seiner Kritik des Gegensatzes zwischen Basedow und thyreopriver Kachexie als Hauptargument anführt, daß die Tiere nicht unter der Entfernung der Schilddrüse leiden, bemerkt, daß sich im Laufe der Zeit fast bei allen Tieren schwere an das Myxödem erinnernde Erscheinungen einstellen. So sind von den 100 von F. Blum thyreoidektomierten Hunden nur vier am Leben geblieben.

Rodagen ist kontraindiziert bei schweren myokarditischen Veränderungen des Herzmuskels. Bei sekundären Veränderungen der Nieren und in denjenigen Fällen, in denen bereits Veränderung der Nervenzellen eingetreten ist, wirkt Rodagen nicht. Es beeinflußt nach Burghart und Blumenthal sehr günstig die Schlaf-

losigkeit, die Körperschwäche, die Abmagerung, das Zittern und die Schweiße.

Die Struma, die jedoch fast stets weicher wird, der Exophthalmus und die Tachykardie, also gerade die Hauptsymptome der Basedow'schen Krankheit, werden weniger beeinflußt.

Basedow-Kranker mit Myxödem-Serum behandelt.

Fall von Burghart.

15jähriges Mädchen, seit vier Jahren Kropf, seit sechs Wochen Tremor, Exophthalmus, Palpitationen, schlechtes Allgemeinbefinden. Lichtung der Kopfhaare. Gewicht 85 Pfund beim Eintritt ins Krankenhaus, nach vier Wochen interner Therapie 75 Pfund.

Therapie: Injektion von Serum in Dosen von 20—35 cm^3.

Erfolg: Nach vier Wochen (147 cm^3 Serum) Gewichtszunahme 17 Pfund, die Kopfhaare wachsen nach. Exophthalmus geringer, Lider schlußfähig. Schweiße und Tremor geringer, Palpitationen geringer, subjektives Befinden besser. Sechs Monate nach Beginn der Behandlung Gewichtszunahme im ganzen 23 Pfund, die kurze Zeit nach der Entlassung noch um sieben Pfund stieg. Die errungenen Vorteile machten später wieder einer Verschlimmerung Platz.

Mit Rodagen behandelte Fälle.

Fall I. (Burghart und Blumenthal.)

38jähriger Patient, Bosedow nach Influenza. Exophthalmus, Struma, Mattigkeit.

Status: Systolisches Geräusch über der Herzspitze, mäßige Verbreiterung des Herzens. Tremor, Gräfe'sches Symptom, Exophthalmus, Struma, Schweiße, Herzklopfen, Schlaflosigkeit. Starke Nervosität. Puls 130. Gewicht 123 Pfund.

Therapie: Täglich 15 g Rodagen.

Nach sechs Wochen: Herzklopfen geringer, systolisches Geräusch verschwunden, Puls 80, keine Schweiße. Schlaf gut. Tremor geringer, Blick nicht mehr so stier. Herz sehr erregbar. Gewichtszunahme 8 Pfund. Rodagen wird ausgesetzt (fünf Monate).

Der Schlaf wird allmählich schlechter, die Mattigkeit wird größer, Schweiße sind nicht wieder aufgetreten, Puls 96. Keine Geräusche am Herzen. Täglich 10 g Rodagen.

Fünfeinhalb Wochen darauf: Schlaf besser, Puls 88. Herzklopfen, Tremor verschwunden.

Nach weiteren $7^1/_2$ Wochen unter Fortgebrauch des Rodagens: subjektive Besserung, die später wieder aufgetretenen Schweiße sind fast völlig verschwunden, ebenso der Exophthalmus. In geringem Grade arbeitsfähig. Gewicht 129 Pfund.

Versuchsweises Aussetzen des Rodagens beeinflußt den Zustand ungünstig.

Fall II. (Stephens.)

28jährige Patientin, vor acht Jahren Herzklopfen, seit einigen Monaten Struma und Exophthalmus. Interne Therapie wirkungslos.

Status: Geringes Fettpolster, Menses regelmäßig. Zeitweise Durchfälle, Haut feucht. Struma unregelmäßig, rechts größer als links. Ueber der Struma keine Pulsation. Beschleunigte Herzaktion, regelmäßig; systolisches Geräusch über der Spitze. Puls 124, regelmäßig. Ziemlich starker Exophthalmus. Gräfe'sches Symptom negativ, beim Blick nach oben folgen die Bulbi nicht vollständig. Geringer Tremor, Halsumfang $34^1/_2$ cm.

Therapie: Dreimal täglich 1 Eßlöffel Rodagen.

Nach zwei Tagen: Tremor manuum geringer.

Nach drei Tagen: Halsumfang $33^1/_2$ cm, Exophthalmus scheint geringer.

Nach sechs Tagen: Patientin ist weniger erregt, Schlaf und Appetit besser.

Nach neun Tagen: Kein Tremor mehr.

Nach zwölf Tagen: Nachlassen des beständigen starken Schwitzens.

Nach vierzehn Tagen: Halsumfang 33 cm, Schweiße vollkommen verschwunden, Exophthalmus sichtbar zurückgegangen. Gewichtszunahme $4^1/_2$ Pfd.

Nach weiteren zehn Tagen (das Rodagen war ausgesetzt worden): Exophthalmus etwas stärker.

Therapie: 2 cm^3 Serum per os.



Nach zwei Tagen: Exophthalmus ist wieder zurückgegangen. Halsumfang 32 cm. Allgemeinbefinden läßt nichts zu wünschen übrig.

Fall III. (Stephens.)

24jähriger Patient, vor vier Jahren akuter Basedow nach starker gemütlicher Erregung mit Struma, Exophthalmus und Herzklopfen. Bisher mit Arsen behandelt, Befinden verschlechterte sich. Gewichtsabnahme.

Therapie (poliklinisch): Täglich 1 cm³ Serum subkutan.

Nach einem Monat: Gewichtszunahme 10 Pfund. Halsumfang ging von 36 auf 32 cm zurück. Menses traten drei Wochen nach dem Beginn der Behandlung wieder auf, Herzaktion ruhiger. Schlaf und Appetit stellten sich wieder ein. Das Schwitzen ließ nach.

Nach dreimonatlicher Unterbrechung der spezifischen Therapie: Halsumfang 34 cm, schwaches systolisches Geräusch über der Herzspitze. Schwitzen, Schlaf- und Appetitlosigkeit haben sich wieder eingestellt.

Therapie: Täglich 20 g Rodagen.

Erfolg: Schwitzen und Schlaflosigkeit bessern sich. Herzklopfen unverändert.

Nach 14 Tagen zweimal wöchentlich 1 cm³ Serum subkutan, das besseren Erfolg zu haben scheint.

Nach einem Monat: Halsumfang 33 cm, Herzaktion ruhiger. Appetit und Schlaflosigkeit haben sich weiterhin gebessert, Schwitzen und Schwäche haben merklich nachgelassen. Gewichtszunahme weitere 5 Pfund. Befindet sich noch in Behandlung.

Fall IV. (Stephens.)

59jähriger Patient. Kropf seit 20 Jahren. Seit zirka sechs Wochen wird Patient immer schwächer. Arsen, Kalium jodatum, Natrium salicylicum, Valeriana erfolglos.

Status: Geringes Fettpolster, Herzaktion verstärkt und regelmäßig, starker Kropf, Gesicht etwas geschwollen, kein Exophthalmus. Gräfe'sches Symptom deutlich, Möbius'sches Symptom nur geringgradig. Tremor. Wenig Appetit, Schlaf schlecht. Starkes Schwitzen. Halsumfang 36 cm.

Therapie: 20 g Rodagen täglich.

Nach einem Tag: Unverändert.

Nach zwei Tagen: Allgemeinbefinden stark gebessert, Halsumfang 34½ cm (— 1½ cm).

Nach fünf Tagen: Halsumfang 34 cm. Herzaktion ruhig, Schweiße fast geschwunden, zeitweise Tremor. Schlaf und Appetit gut.

Rodagen wird ausgesetzt.

Nach zehn weiteren Tagen: Allgemeinbefinden hat sich wieder etwas verschlechtert, Halsumfang 34 cm. 1 cm³ Hammelserum subkutan.

Gelenkschmerzen und Hautjucken. Deshalb wieder Rodagen.

„Unter der Rodagenbehandlung ist eine deutliche weitere Besserung des Befindens bis heute nachweisbar. Patient wurde damals noch weiter behandelt."

Fall V. (Kirnberger.)

Therapie: Täglich 5—10 g Rodagen abwechselnd und neben sulfanilsaurem Natron.

Erfolg (Beobachtungsdauer nicht angegeben): „Die bei der Patientin übriggebliebenen, wenn auch wenig mehr ausgeprägten Symptome sind unterdessen ganz geschwunden. Dieser günstige Zustand hält bereits Monate hindurch an."

Fall VI. (Kirnberger.)

Therapie: Zuerst sulfanilsaures Natron, darauf subjektive Besserung und Gewichtszunahme, aber kein Schwinden aller Basedow-Symptome. Auch hier Verbindung von Rodagen und sulfanilsaurem Natron, alternierend genommen.

Erfolg: Struma, Tremor vollkommen geschwunden, Puls von 140 auf 80 zurückgegangen, hält mehrere Monate an.

Fall VII. (Kuhnemann.)

Status: Struma, Halsumfang 35½ Zentimeter. Herz verbreitert, systolisches Geräusch über der Spitze. Tachykardie. Puls zirka 140. Exophthalmus, Stellwag-sches, Möbius'sches, Gräfe'sches Symptom positiv. Nervöse Beschwerden. Tremor. Schweiße. Gewicht 96 Pfund.

Therapie: Während sechs Wochen Fichtennadelbäder, Einspritzung von Natr. cacodylicum. Körperliche und geistige

Ruhe, milde Hydrotherapie. Liege- und Mastkur. 5 Pfund Gewichtszunahme, einige Besserung.

Nach 14tägigem Aussetzen der Kur Gewichtsabnahme von 5 Pfund.

Darauf zirka 6 Wochen lang: dreimal 2·0 Rodagen täglich.

Erfolg: Sofort einsetzende konstante Gewichtszunahme von im ganzen 12 Pfund. Puls nach 8 Tagen langsam fallend auf 106. Struma 34 cm. Geringeres Herzklopfen. Systolisches Geräusch verschwunden, kein Tremor. Geringes Schwitzen. Exophthalmus wesentlich zurückgegangen.

Rodagen wird drei Wochen ausgesetzt: Puls steigt auf 120. 3 Pfund Gewichtsabnahme.

Wiederum dreimal 2·0 Rodagen: Bereits nach wenigen Tagen zeigten sich weitere Fortschritte in der Besserung, die dann ohne wesentliche Remissionen bis zur Entlassung anhielt, trotzdem Patient in den letzten Wochen kein Rodagen mehr erhielt.

Die schon vor der Rodagenbehandlung während 6 Wochen erfolglos angewandte Hydrotherapie, ferner Herzkühlschlauch, Ruhe, Faradisation des Halses, 10%ige Natrium cacodylicum-Injektionen wurden während der Verabreichung des Rodagens fortgesetzt!

Fall VIII. (v. Leyden.)

Seit drei Jahren allgemeine nervöse Beschwerden. Fast allnächtlich anfallsweises heftiges Herzklopfen. Heftiges Pulsieren in den Arm- und Beingefäßen. Seit zirka 3—4 Monaten ist der Hals angeschwollen. Schlaf und Appetit sind schlecht, seit 3 Monaten fast völlige Schlaflosigkeit. Gewichtsabnahme im letzten Jahre 15 Pfund. Gegenwärtiges Gewicht 112 Pfund.

Status: Geringes Fettpolster. Exophthalmus deutlich, aber nicht bedeutend. Puls 96. Geringer Tremor. Appetit schlecht.

Therapie: Dreimal täglich einen Teelöffel Rodagen.

Nach einem Tag: Puls 96. Herzklopfen unverändert. Patient hat zum erstenmale seit Monaten gut geschlafen.

Nach zwei Tagen: Puls 96, Status idem.

Nach drei Tagen: Puls 84, Schlaf nicht so gut wie vorher, Appetitlosigkeit unverändert, Herzklopfen unverändert.

Nach vier Tagen: Puls 90. Patient fühlt sich bedeutend wohler, hat wieder sehr gut geschlafen.

Nach fünf Tagen: Puls 78. Schlaf und Allgemeinbefinden gut.

Nach sechs Tagen: In der Nacht Anfall von Herzklopfen mit 120 Pulsen, daher Schlaflosigkeit. Am Tage befindet sich Patientin etwas abgespannt, aber sonst wohl.

Nach sieben Tagen: Puls 80. Patientin fühlt sich im allgemeinen viel wohler, Halsumfang 35 cm.

Nach acht Tagen: Patientin fühlt sich wieder kräftiger, hat mehr Appetit, Gewichtszunahme im ganzen 3 Pfund; Patientin gibt an, das Herzklopfen habe nachgelassen.

Fall IX. (v. Leyden.)

37jährige Patientin. Seit zwei Jahren Struma, die im letzten Jahre rapid wuchs. Seitdem leicht erregbar, Unruhe, allgemeine Mattigkeit und Müdigkeit. Seit einigen Jahren starke Neigung zum Schwitzen, die sich in letzter Zeit verstärkte. Seit einigen Monaten Pigmentierung der ganzen Haut. Hie und da Oedeme der unteren Extremitäten. Seit acht Wochen anfallsweise heftiges Herzklopfen. Manchmal Zittern beider Hände. Globusgefühl.

Status: Geringes Fettpolster, leichter Exophthalmus. Oedeme an den unteren Extremitäten, starkes Schwitzen. Struma deutlich pulsierend, Schwirren. Halsumfang 35 cm. Puls 96. Schlaflosigkeit. Tremor manuum. Ueber dem nicht verbreiterten Herzen zeitweise ein systolisches Geräusch an der Spitze. Oefters unregelmäßige Herzaktion mit anfallsweiser Tachykardie, bis zu 180 Pulsen.

Therapie: Dreimal täglich einen Eßlöffel Rodagen.

Nach einem Tag: Puls 96.

Nach zwei Tagen: Patientin hat wegen Herzklopfen wenig geschlafen. Klagen über Atemnot und Kopfschmerzen. In der Nacht starkes Schwitzen. Am

Herzen lautes systolisches Geräusch; Patientin hat einen heftigen Anfall von Tachykardie.

Von nun ab nur noch dreimal täglich einen Teelöffel Rodagen, ferner ein elektrisches Vierzellenbad von 15 Minuten Dauer.

Nach drei Tagen: Puls 84. Schlaf gut. Starkes Schwitzen. Klagen über Zittern in den Beinen. Herzbefund unverändert.

Nach vier Tagen: Puls 80, Schlaf gut. Patientin fühlt sich wohler. Systolisches Geräusch etwas leiser.

Nach fünf Tagen: Starkes Schwitzen. Schlaf gut. Halsumfang 34 cm.

Nach sechs Tagen: Puls 80, Schlaf gut. Patientin fühlt sich wohl.

Nach sieben Tagen: Schlaf gut. Patientin fühlt sich sehr gut. Oedeme sind deutlich zurückgegangen.

Nach acht Tagen: Schlaf gut. Patientin fühlt sich wohl. Puls 76. Nachmittags bekommt Patientin nach dem Aufstehen einen Anfall von Tachykardie mit 144 Pulsen, der nach einigen Minuten wieder vorübergeht. Gewicht 110 Pfund, Abnahme um 5 Pfund. (Oedeme verschwunden.)

Fall X. (Rydel.)

34jährige Patientin, seit drei Jahren Schwellung des Halses, vor einem Jahr Angstanfall, seitdem oft derartige Anfälle mit Herzklopfen, Schwitzen und Zittern, dann Schlaflosigkeit, Diarrhöe und Mattigkeit.

Status: Faustgroße symmetrische, gleichmäßig harte Struma. Halsumfang 40 cm. Tremor. Bryson'sches Zeichen ausgesprochen. Puls in der Ruhe 100—120, manchmal steigend bis 160.

Während vier Monaten interne Therapie und Hypnose. Ziemlich erfolglos.

Therapie: Dreimal 3 g täglich, nach einigen Tagen viermal 5 g täglich Rodagen.

Nach zirka 14 Tagen: Anscheinende Besserung. Puls durchschnittlich 90. Die Angstanfälle blieben fast ganz aus, in den Morgenstunden innere Unruhe, während derer der Puls auf 150 stieg. Tremor, Schwitzen, Struma, Diarrhöen unbeeinflußt.

Puls ging im Laufe der Beobachtung wieder auf zirka 100 (wie vorher). „Da die sonstigen Zeichen, Tremor, Schwitzen, Durchfälle, durch die einmonatliche Rodagenbehandlung trotz wiederholter und genauer Untersuchung keine Besserung zeigten, ist der Erfolg in den ersten zwei Wochen bezüglich der Pulsfrequenz und der psychischen Erscheinungen als suggestive Wirkung bei der leicht suggestiblen Patientin ungezwungen zu erklären und die Wirkung des Rodagens wenigstens als sehr fraglich anzusehen, besonders, da trotz Aussetzen des Mittels der Zustand der Kranken sowohl in der kurzen Zeit der folgenden klinischen Beobachtung, wie während eines zweimonatlichen Landaufenthaltes sich nicht im geringsten verschlimmert hat."

Fall XI. (Rydel.)

37jährige Patientin: Beginn der Erkrankung vor $3^1/_2$ Jahren infolge starker psychischer Eindrücke. Damals Erbrechen und Durchfälle. Bald darauf globusähnliches Gefühl. Allgemeiner Tremor, Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfenanfälle. Daran schlossen sich Schlaflosigkeit, starkes Schwitzen, Mattigkeitsgefühl und Halsverdickung.

Poliklinische Behandlung erfolglos.

Status: Geringer Exophthalmus ohne die übrigen Augensymptome, sehr starker Tremor manuum, Puls zirka 150. Schwitzen, Dermographie, sehr ausgedehntes Bryson'sches Zeichen. Herabsetzung der Muskelkraft. Struma nicht festzustellen! Schlaflosigkeit, Durchfälle, starke subjektive Beschwerden.

Im Laufe der Behandlung (ganzer Apparat der internen Therapie) verschlimmerte sich der Zustand.

Nach einem Monat: Exophthalmus größer. Möbius'sches und Stellwag'sches Symptom aufgetreten, deutliche dauernde Pupillendifferenz. Puls sank bei völliger Bettruhe auf 100, stieg bei der geringsten Erregung auf 150.

Nach fünf Monaten: Akute Mittelohrentzündung, welche den Zustand noch mehr verschlechterte. Oedeme an den Unterschenkeln.

Im achten Monat: Beseitigung des

Ohrenleidens, der allgemeine Zustand hob sich.

Im neunten Monat: Rodagen. Genau in derselben Weise wie im Falle XI unter gleichzeitiger Aussetzung aller übrigen Mittel. Nach wenigen Tagen 20 g Rodagen täglich.

Wegen der gleichzeitigen Aussetzung der Schlafmittel stellte sich Unruhe und Agrypnie ein, die Angst wurde immer größer. Am Ende der dritten Woche Halluzinationen und Zustände vorübergehender Desorientierung. „Die einmonatliche Verabreichung des Rodagens ließ in diesem Falle auch nicht die geringsten günstigen Einflüsse bemerken, sowohl die seelischen als somatischen Erscheinungen blieben unverändert. Im Gegenteil, die Mattigkeit und Gewichtsabnahme nahmen immer mehr zu.“

Fall XII. (Rydel.)

Poliklinische Behandlung. 38jährige Patientin. Seit einem Jahr Schlaflosigkeit, Aufgeregtheit, starkes Schwitzen. Beklemmungs- und Depressionszustände mit Herzklopfen. In den letzten Monaten wurde der Hals dicker.

Status: Struma. Halsumfang 39 cm. Ziemlich harte, gleichmäßige Konsistenz. Mäßiger Exophthalmus. Möbius'sches, Stellwag'sches, Marie'sches Symptom positiv. Puls zirka 100, starkes Schwitzen.

Kein Bryson'sches Zeichen, keine Herabsetzung der elektrischen Widerstände. Ernährungszustand normal. Nach einmonatlicher üblicher Behandlung, in deren Folge Patientin sich subjektiv etwas wohler fühlte, wird Rodagen gegeben.

Tägliche Dosis wie in den zwei vorhergehenden Fällen. Patientin will nach elf Tagen eine Linderung der Schlaflosigkeit, der Kopfschmerzen und der Unruhe bemerkt haben. Objektiver Befund unverändert.

Nach drei Wochen: Aus äußeren Gründen Unterbrechung der Kur ohne objektiv nachweisbaren Erfolg.

Antithyreoidinserum (Möbius).

Möbius verwandte als erster in Deutschland im Jahre 1901 das Serum von Hämmeln, die der Schilddrüse beraubt waren, gegen die Basedow'sche Krankheit. Sechs Wochen nach Exstirpation der Schilddrüse wird der erste Aderlaß zur Gewinnung des Serums ausgeführt. Das Blutserum erhält zur Konservierung einen Zusatz von 0·5%iger Karbolsäure, wird in mit Korkstopfen verschlossenen Gläsern mit 10 cm^3 Inhalt von E. Merck in Darmstadt abgegeben. Bei Aufbewahrung in kühlen Räumen soll es unbegrenzt haltbar sein.

Möbius sah von der subkutanen Anwendung dieses Serums keinen, dagegen von der Darreichung per os vielversprechende Erfolge. Er verordnete 5 g Serum, jeden zweiten Tag in einem Eßlöffel voll süßen Weins. Möbius hat von dem Serum niemals Störungen, aber zweifellosen Nutzen gesehen. Es wirkte nur auf den Halsumfang und anscheinend psychisch, da die Kranken ruhiger wurden und sich wohler fühlten. Die Zahl der Pulse schien nicht stark abzunehmen, jedoch nahm auch mit der Abnahme des Halsumfanges die Spannung der Struma ab. Die von Möbius mit dem Serum behandelten Patienten litten seit Jahren an Morbus Basedowii gutartiger Natur. Sie waren von ihm schon lange auf verschiedene Weise behandelt worden, ohne daß er dieselben Erfolge wie mit dem Serum erzielt hätte. Es war bemerkenswert, daß nach Unterbrechung der Behandlung nach einigen Wochen der Halsumfang wieder größer wurde.

Fall I. (Möbius.)

25jährige Patientin seit etwa vier Wochen gutartiger Morbus Basedowii.

$4^1/_2$wöchentliche Behandlung mit 1 cm^3 Serum subkutan hat weder auf Halsumfang noch Puls irgendwelchen Einfluß. Darauf während 18 Tagen jeden zweiten Tag 5 cm^3 Serum per os.

Halsumfang geht von $38^1/_2$ cm auf 36·8 cm herunter, Puls unverändert, zirka 120. Darauf während einer Woche 5 cm^3 Serum subkutan jeden zweiten Tag. Halsumfang $35^1/_2$ cm. Puls 108.

Darauf zirka drei Wochen kein Serum: Halsumfang 36·8, Puls 110.

Darauf während $1^1/_2$ Monaten jeden zweiten Tag 5 cm^3 Serum per os: Halsumfang 36, Puls 126.



Fall II. (Möbius.)

38jährige Patientin, seit zwei Jahren Morbus Basedowii. Halsumfang 38, Puls 120. Zehn Tage jeden zweiten Tag 1 cm³ Serum subkutan: Halsumfang $37^1/_2$ cm, Puls 120.

Darauf 14 Tage kein Serum: Halsumfang $37^1/_2$ cm, Puls 112. Darauf drei Wochen jeden zweiten Tag 5 cm³ Serum per os: Halsumfang 36 (— $1^1/_2$) cm, Puls 108.

Unterbrechung der Kur während sechs Wochen durch eine Reise nach dem Engadin. Halsumfang 36. Puls 96.

Nach $3^1/_2$ Wochen ohne irgend welche Therapie Halsumfang 37. Puls 108.

Darauf während 14 Tagen jeden zweiten Tag 5 cm³ Serum per os, Halsumfang 36·5. Puls 92.

Fall III. (Schultes.)

Status: 49jährige Patientin, seit vier Jahren krank. Exophthalmus. Stellwag-sches und Gräfe'sches Symptom positiv. Harte Struma, Halsumfang 44 cm, Herzverbreiterung. Puls 140. Tremor. Gleichzeitige Psychose (akute Verwirrtheit).

Therapie: Erster Tag: Dreimal 0·5, dann jeden Tag um je 0·5 steigend bis zu dreimal 4·5 cm³ Serum per os in Xereswein.

Erfolg: Nach acht Tagen: Besserung. Patientin wird ruhiger. Puls 132.

Nach $1^1/_2$ Monaten: Tremor verschwunden. Struma weicher, Halsumfang 42 cm. Puls 90. Exophthalmus unverändert. Subjektive Besserung, kein Herzklopfen. (Acht Tage vorher: Halsumfang 43 cm, Puls 112.) „Geheilt" entlassen.

Fall IV. (Burghart und Blumenthal.)

24jähriges Mädchen, seit zirka drei Jahren krank. Starke Struma. Exophthalmus. Starker Tremor. Puls 160, Schweiße, Schlaflosigkeit, starke Abmagerung. Gewichtsverlust in den letzten drei Monaten zirka 20 Pfund. Interne Therapie bisher erfolglos. Seit Beginn der Erkrankung blieben die Menses aus.

Therapie: Die ersten acht Tage täglich einmal 1 cm³ Serum subkutan. Die folgenden drei Wochen jeden zweiten Tag 1 cm³ Serum subkutan.

Erfolg nach vier Wochen: Sehr schnelle subjektive Besserung, Schlaf viel besser. Struma kleiner, Halsumfang von 36 auf 34 cm zurückgegangen. Puls nicht beeinflußt, sank auf 120, stieg bei der geringsten Erregung. Gewichtszunahme 10 Pfund. Patientin glaubt sich völlig arbeitsfähig. Menses kamen nach drei Wochen wieder, seitdem regelmäßig.

Nach drei Monaten: Unterbrechung der Kur für vier Wochen: Gewichtsabnahme 5 Pfund, Struma stärker, Puls 150, Schlaflosigkeit und Schweiße nicht mehr so stark wie früher.

Therapie: Rodagen dreimal täglich $6^1/_2$ g.

Nach acht Tagen: Struma kleiner. Halsumfang 33 cm. Subjektive Besserung.

Fall V. (Burghart und Blumenthal.)

40jähriger Patient. Geringe Struma. Starke Herzpalpitationen. Herzerweiterung, kleiner unzählbarer Puls. Ausgesprochener Exophthalmus. Tremor, Schweiße, starke Depression.

Therapie: 1 cm³ Serum subkutan.

Nach vierzehn Tagen: Deutliche Besserung, Zittern und Struma gingen zurück. Subjetkive Besserung. Herz unbeeinflußt.

NB. Einmal waren nach der Einspritzung von 2 cm³ Serum schwere Herzpalpitationen, wie bei Angina pectoris, aufgetreten.

Fall VI. (Rosenfeld.)

Patient hatte vor einigen Monaten eine plötzliche starke Zunahme seiner sonst auch bestehenden geringen Struma. Tachykardie mit häufigen Attacken von Herzklopfen, Muskelunruhe. Deprimierte und ängstliche Gemütsstimmung, kein Exophthalmus. Eisenarsentherapie während zehn Tagen mit nur ganz geringem Erfolg.

Nach wenigen Dosen Serum trat eine auffallende Beruhigung der Herztätigkeit, sowie eine Rückkehr der Stimmung zur Norm auf. Der Kropf ging in überraschender Weise zurück, so daß Patient seinen früheren Kragen mit Bequemlichkeit wieder tragen konnte.

Nach zirka zwei Monaten: ist Patient frei von Herzbeschwerden, die Herztätigkeit ist ruhig. „Er hat schon wochenlang ohne Schaden und Rezidiv den Gebrauch des Serums, das er in nicht

4·5 g pro die übersteigender Menge genommen hat, ausgesetzt."

Fall VII. (Adam.)

Ausgesprochener Basedow-Fall. Von den Kardinalsymptomen fehlen die Herzpalpitationen. Das hervorstechendste Symptom war neben der Gedächtnisschwäche und dem Exophthalmus die durch die Struma bedingte Trachealstenose.

Arsen ohne Erfolg. Jodkali verschlechterte den Zustand derartig, daß eine Operation vorgeschlagen wurde.

Serumbehandlung: Bereits am neunten Tage ist die Struma kleiner.

Nach dieser ersten Kur trat ein Rezidiv auf, das erneute Behandlung nötig machte. „Der Erfolg ist jetzt ein ausgezeichneter, Patient ist seit acht Monaten arbeitsfähig."

Fall VIII. (Indemanns.)

19jährige Patientin. Seit einigen Monaten an Basedow leidend. Bis dahin alle üblichen Behandlungsmethoden ohne Erfolg.

Therapie: Die drei ersten Tage dreimal 1·5, dann dreimal 3·0 cm³ Serum pro die. Die Medikation wird fortgesetzt, trotzdem sich die Symptome erheblich verschlechtern bis in acht Tagen zirka 30 cm³ Serum verbraucht waren. Die bis dahin erträglichen Krankheitssymptome hatten sich zu sehr stürmischen gesteigert. Patientin wird in ein Krankenhaus überführt.

Status: Schwere Kongestionen des Kopfes, starker Exophthalmus, starke Struma. Niedrige Temperaturen. Anfälle deliriöser Zustände. Puls 130. Systolische Geräusche über der Herzspitze.

Therapie: Morphiuminjektionen.

Langsame Besserung. Nach 14 Tagen war der Zustand wie vor der Kur. Da der Exophthalmus abgenommen hatte und die Augenbeweglichkeit eine größere war, wurde abermals Serum gegeben. Anfänglich dreimal 0·25 cm³, dann dreimal 0·5 cm³. Nach sechs Wochen: 10 cm³ Serum verbraucht. Deutliche Verminderung des Exophthalmus. Gräfe'sches und Stellwag'sches Symptom, ebenso der Tremor verschwunden. Allgemeinzustand besser. Puls 100. Von Oedemen keine Spur mehr. Die Struma weniger fluktuierend, weicher, nur geringe Verkleinerung. Herzgeräusche weniger deutlich als früher.

Darauf dreimal 0·75 cm³ Serum.

Nach weiteren acht Tagen ist der Exophthalmus ganz verschwunden.

Nach weiteren zehn Tagen (Gesamtverbrauch 50 cm³): Patientin zeigt in ihrer äußeren Erscheinung nichts Auffallendes mehr.

Fall IX. (Josionek.)

Patient. war zwei Monate vor einsetzender Behandlung erkrankt. Exophthalmus, Tachykardie. Schilddrüsenvergrößerung, Tremor, allgemeine Unruhe und Schlaflosigkeit.

Vor Anwendung des Serums Hydrotherapie, die nur auf die nervösen Erscheinungen wirkte. Puls fiel von 112 auf 92, Halsumfang 34 cm.

Therapie: Anfangs zweimal 1 cm³, später zweimal 2 cm³ täglich Serum per os.

Nach Verbrauch von 20 cm³ war die Schilddrüse deutlich weicher geworden. Der Halsumfang hat um 2 cm abgenommen. Das Befinden war wesentlich besser, der Tremor nahezu geschwunden.

Nach 17 Tagen: (Gesamtverbrauch 30 cm³ Serum). Halsumfang 37 cm. Exophthalmus viel geringer. Puls 78. Der Schlaf war gut, Lust zur Arbeit vorhanden, die Stimmung ausgezeichnet. Nach wenigen Monaten kein Rezidiv.

Fall X. (Josionek.)

51jährige Frau. Seit langem mäßige Struma, die seit einem Jahre zunahm. Zugleich stellten sich Kopf- und Herzbeschwerden und Exophthalmus ein. Deutlicher Tremor, allgemeine Unruhe und Schlaflosigkeit. Tachykardie.

Vor einigen Monaten hatte Patientin zehn Wochen hindurch die Milch von thyreoidektomierten Ziegen ohne Erfolg getrunken. Interne Therapie erfolglos. Halsumfang bei Beginn der Serumtherapie 35 cm. Puls 96.

Therapie: 20 cm³ Serum auf zehn Tage verteilt, keine wesentliche Besserung. Serum wurde acht Tage ausgesetzt. Darauf zweimal täglich 2 cm³.

Nach sechs Tagen: Sichtliche subjektive Besserung.

Nach zirka zwölf Tagen: Früher sehr harte Struma weicher gewor-

den, Halsumfang ist auf 33 cm zurückgegangen. Puls ist von 96 auf 82 gesunken. Exophthalmus unverändert.

Fall XI. (Sainton und Pisante.)

35jährige Frau, ein halbes Jahr lang krank, bisher mit Thymusextrakt behandelt. Verschlechterung des Zustandes.

Status: Starker Exophthalmus. Gräfesches Symptom negativ. Starke pulsatorische Struma. Puls 140. Herztöne rein. Oedeme an den Beinen, vermehrte Urinmenge (3 l), zeitweise Diarrhöen, Menstruation regelmäßig. Starke nervöse Beschwerden.

Therapie: Thyreoidintabletten. Nach zwei Monaten ganz leichte Besserung. Darauf täglich einen Kaffeelöffel Blut entkropfter Hämmel. Bemerkenswerte Besserung. Acht Tage wird das Mittel ausgesetzt, darauf wieder aufgenommen.

Erfolg: Der Halsumfang war kleiner geworden, der Tremor geringer, der Exophthalmus etwas zurückgegangen. Die nervösen Beschwerden hatten sich etwas gebessert. Herzpalpitationen unverändert, Puls zirka 120. Darauf Antithyreoidinserum mit 5 Tropfen täglich beginnend, langsam bis auf 12 Tropfen steigend, herabgehend in drei Wochen bis auf 5 Tropfen. Darauf acht Tage Aussetzen des Mittels und von neuem beginnend.

Nach drei Monaten: minimaler Exophthalmus. Tremor unbedeutend. Subjektive nervöse Beschwerden verschwunden. Diarrhöen hatten aufgehört. Puls 80. Ganz geringgradige Struma.

Fall XII. (Sainton und Pisante.)

31jähriger Mann, seit kurzem erkrankt. Typischer Basedow. Pulsierende Struma, starker Tremor. Exophthalmus. Stellwagsches, Möbius'sches, Gräfe'sches Symptom positiv. Puls zirka 125, sehr starke nervöse Beschwerden.

Interne Therapie während dreier Monate erfolglos. Darauf: Einen Kaffeelöffel Blut entkropfter Hämmel. Die Tachykardie wurde etwas geringer, ebenso der Tremor.

Nach zwei Jahren kam Patient wieder in Behandlung, nach verschiedentlichen starken Exazerbationen der Krankheit in der Zwischenzeit.

Status: Allgemeinzustand gut. Puls 130.

Therapie: Serum wie im Fall XI.

Nach zwölf Tagen: Puls 115.

Nach einen Monat: Puls 90.

Das Aufhören der Kur wurde von einer sofortigen Steigerung der Pulsfrequenz begleitet, die nach neuerlicher Anwendung des Serums verschwindet. Zehn Tropfen pro die wurden nicht überschritten. Jedesmal nach Aussetzen des Mittels kam die Tachykardie aufs neue.

Während der großen Somerhitze mußte wegen der starken Veränderlichkeit des Serums die Serumtherapie ausgesetzt werden. Später wurde sie mit Erfolg wieder aufgenommen.

Der Erfolg ist der, daß die Tachykardie geringer wurde, der Exophthalmus zurückging und die Struma sich verkleinerte. Ebenso ging der Tremor zurück.

Fall XIII. (Sainton und Pisante.)

31jährige Frau, stets erregbares Herz, seit zehn Jahren Kropf, seit drei Jahren Basedow-Symptome. Interne Therapie erfolglos.

Therapie: Drei Wochen, nachdem täglich ein Kaffeelöffel Blut entkropfter Hämmel genommen wurde, ganz geringe subjektive Besserung, darauf zwölfmal 1 cm³ Serum subkutan. Nach einer Einspritzung erfolgte ein Abszeß. Keine Besserung.

Darauf drei Wochen lang zehn Tropfen Serum täglich, langsam steigend bis auf 20 Tropfen pro die.

Erfolg: Sehr bemerkenswerte Besserung. Puls 84. Geringere Arythmie. Tremor fast völlig geschwunden. Struma geringer, starke subjektive Besserung. Fast völlige Arbeitsfähigkeit.

Nach drei Monaten: Die Besserung hat standgehalten. Neue Serumkur.

Fall XIV. (Hempel.)

55jährige Patientin. Seit einem Jahre Herzklopfen, seit sechs Wochen starkes Schwitzen, seit zirka vier Wochen plötzlich entstandene Anschwellung des Halses. Große Unruhe und Aufgeregtheit, keine Schlaf- und Darmstörung.

Status: Fettpolster fehlt vollkommen, Gewicht 94 Pfund. Große nervöse

Unruhe. Tremor manuum. Möbius'sches Symptom positiv. Starke Struma. Puls 120—140, manchmal 180, öfters Delirium cordis.

Therapie: Jeden dritten Tag 5 g Serum.

Nach kurzer Zeit jeden zweiten Tag 5 g. In 40 Tagen waren 90 g Serum verbraucht.

Erfolg: Schon nach kurzer Zeit erhebliche subjektive Besserung. Der Exophthalmus ist wesentlich zurückgegangen. Halsumfang um 2 cm geringer, Schilddrüse war weicher geworden. Die Pulszahl ging schon nach kurzer Zeit herunter, Minimum war 96. Puls weniger unregelmäßig. Pulszahl stieg wieder an, als das Serum zwei Wochen ausgesetzt wurde. Die Struma war aber auch nach Monaten noch weicher und kleiner.

Fall XV. (Thienger.)

25jährige Patientin. Starke nervöse Beschwerden, Menses regelmäßig. Mäßige Struma, Halsumfang 32·9 cm.

Tremor, Exophthalmus mittleren Grades. Möbius'sches, Stellwag'sches Symptom positiv. Puls 110. Gewicht 94 Pfund. Dreiwöchentliche Brombehandlung erfolglos.

Während 16 Tagen jeden zweiten Tag 5 cm^3 Serum per os. Im ganzen 35 cm^3.

Erfolg: Halsumfang blieb gleich, Puls zirka 180. Exophthalmus, Tremor, subjektives Befinden unverändert.

Fall XVI. (Thienger.)

17jähriges Mädchen, Menses unregelmäßig. Starke subjektive Beschwerden. Pulsierende Struma, Halsumfang 32·5 cm. Starker Exophthalmus, Tachykardie. Puls 120—130. Tremor und Schweiße fehlen, Herzverbreiterung. Akzidentelle Geräusche über allen Ostien.

Therapie: Allgemeine roborierende Behandlung und Eisen. Besserung des Allgemeinbefindens ohne Aenderung der objektiven Erscheinungen.

Darauf während zwölf Tagen in dreitägigen Pausen Serum, im ganzen 20 cm^3.

Keine nennenswerte subjektive und objektive Aenderung. In der auf die Serumtherapie folgenden Zeit hob sich das Allgemeinbefinden auffallend rasch, subjektive Beschwerden schwanden. Gewichtszunahme $6^1/_2$ Pfund. Exophthalmus und Struma unverändert.

Fall XVII. (Thienger.)

24jährige Patientin. Seit drei Wochen erkrankt. Menses regelmäßig. Struma, Halsumfang 39 cm, kein Exophthalmus, Möbius'sches Symptom links, kein Tremor. Puls 96. Zwölf Tage jeden zweiten Tag 5 cm^3 Serum, im ganzen 35 cm^3.

Erfolg: Nach drei Tagen Besserung des Allgemeinbefindens, die objektiven Erscheinungen unverändert. Nur der Puls schwankt zwischen 70 und 90.

Fall XVIII. (Thienger.)

20jährige Patientin, seit fünf Tagen erkrankt, Schweiße, Exophthalmus. Gräfe'sches, Möbius'sches, Stellwag'sches Symptom positiv. Weiche pulsierende Struma, Halsumfang 38 cm. Herzvergrößerung. Puls zirka 104. Ueber allen Ostien Geräusche. Tremor, Temperatur 39. Interne Therapie (Digitalis) verschlechtert den Zustand. Die Struma war größer geworden, Halsumfang $38^1/_2$ cm.

Therapie: Jeden zweiten Tag 5 cm^3 Serum per os.

In den ersten Tagen Verschlimmerung, beängstigende Dyspnoe. Puls 140—150.

Nach vier Tagen: Entschiedene Besserung des Allgemeinbefindens. Struma nahm ab. Puls sank auf 96.

In den folgenden Tagen fortschreitende Besserung, Halsumfang nach zwölf Tagen 34·5 cm. Die Atmung wurde wieder frei. Exophthalmus zurückgegangen. Möbius'sches Symptom schwach positiv, Schweiße und Tremor verschwunden. Stellwag'sches Symptom vorhanden.

Nach $6^1/_2$ Wochen: Gewichtszunahme 16 Pfund. Kaum nachweisbarer Exophthalmus, weiche, kaum prominierende Struma, Halsumfang 36 cm. Augensymptome noch angedeutet. Kein Tremor, Herzbefund unverändert. Puls 90—100 in der Minute. Serumverbrauch 120 cm^3.

Fall XIX. (Peters.)

Status: 43jährige Patientin, Haut faltig, trocken. Fettpolster verschwunden, fahle Farbe, starker Exophthalmus, weit geöffnete Lidspalte, links Gräfe'sches

Symptom positiv, Halsumfang 39 cm. Schilddrüse höckerig, weich. Starkes Pulsieren. Schwirren (palpatorisch und auskultatorisch). Herz verbreitert, systolisches Geräusch über der Spitze. Puls: jagend, filiform, unzählbar, setzt oft aus. Tremor. Keine Oedeme, dagegen beginnender Aszites. Krank seit acht Tagen. Schon vorher Vitium cordis. Kümmerliche soziale Verhältnisse.

Therapie: Bettruhe, Digitalis, Brom. Die Herztätigkeit bessert sich. Trotzdem Oedeme an den Beinen und großer Aszites. Urin zirka $^3/_4$ l pro die. Punktion: $4^1/_2$ l. Nach vier Tagen füllt sich der Leib von neuem.

Darauf nach acht Tagen dreimal 1 g Theophylinnatrium.

Erfolg: $2^1/_2$ l Urin, der Aszites nahm ab. Der Gesamtzustand bessert sich.

Darauf Antithyreoidinserum. Innerhalb zweier Tage 10 cm³, und zwar so, daß Patientin mehrmals am Tage zehn Tropfen nahm bis zu 5 cm³ pro die. Daneben täglich dreimal fünf Tropfen Strophanthus.

Erfolg: Der Exophthalmus ist bis auf geringen Grad zurückgegangen, die Struma fast völlig verschwunden. Das Schwirren hat sehr nachgelassen. Herzklopfen, Tremor, Allgemeinbefinden besser.

Fall XX. (Peters.)

23jährige Patientin, seit mehreren Jahren Morbus Basedowii. War früher an der Schilddrüse wegen ihres Leidens operiert worden (welche Operation?).

Therapie: Zwölfmal 10 cm³ Serum innerhalb 24 Tagen. Bericht der Patientin: „Fühlt sich sehr wohl, kein Herzklopfen mehr, der Hals war auch besser. Nicht mehr so müde wie früher. Später Aussetzen der Medikation, da der Magen die Arznei nicht mehr vertrug“.

Fall XXI. (Lorner.)

46jährige Patientin. Mutter soll geisteskrank gewesen sein. Früher Lues. Mit 29 Jahren zum erstenmale geisteskrank. Mit 41 Jahren abermals an einer Psychose erkrankt. Zwei Jahre nach Bestehen der Psychose entwickelte sich in einigen Tagen ein Kropf, zu dem sich bald starke Pulsbeschleunigung und ein feinschlägiger Tremor gesellten.

Status: Dauernd geisteskrank. Mäßige Struma. (Halsumfang 29 cm.) Deutlicher Exophthalmus, Gräfe'sches Symptom, Tremor manuum, Tachykardie höheren Grades. (80—140 Schläge im Ruhezustand.) Nach Treppensteigen 160—180, fast stets über 100.

Therapie: Dreimal 0·5 cm³ Antithyreodinserum, täglich um dreimal 0·5 cm³ steigend, bis die Höchstgabe von dreimal 4 cm³ erreicht war. Diese Dosis wurde drei Tage eingehalten, dann wurde auf dreimal 3·5 cm³ pro die heruntergegangen. Gesamtverbrauch fast 110 cm³.

Erfolg: Bald nach dem Einsetzen der Therapie wurde der Puls merklich kräftiger. Die Pulskurve zeigte nicht mehr die großen Niveaudifferenzen. Die im Ruhezustande beobachtete Höchstziffer war 120 pro Minute, bald sank die Zahl unter 100. Die Irritabilität des Herzens blieb nach wie vor eine große.

Günstig beeinflußt wurde der Tremor, ohne ganz zu verschwinden. Dasselbe gilt für den Exophthalmus. Ganz verschwand das Gräfe'sche Symptom. Struma unverändert.

Nach dem Aussetzen der Serums stieg schon nach zwei Tagen die Pulsfrequenz auf die alte Höhe, auch wurde wenige Tage darauf die Pulswelle wieder kleiner.

Fall XXII. (R. Dürig.)

30jährige Patientin (Vater geisteskrank): 2 Jahre vor der spezifischen Behandlung bildeten sich im Verlaufe weniger Wochen die Symptome der Basedowschen Krankheit aus: Graefe'sches, Möbius'sches Stellwag'sches Symptom vorhanden. Hebender, verbreiteter Spitzenstoß. Herztöne nicht ganz rein. Puls zirka 126, Tremor, Schweiße, stellenweise rissige abschuppende Haut. Muskelschwäche, Schlaflosigkeit, Abmagerung. Geringe Struma. Psyche stark alteriert. Eisen, Arsen, Phosphor, Brompräparate, mehrmonatliche Galvanisation des Sympathikus, langdauernde Bettruhe (über $^1/_2$ Jahr), Vermeidung der Fleischkost hatten nur mäßigen und keinen anhaltenden Erfolg.

Therapie: Dreimal 20 Tropfen Serum (teils per os, teils per rectum)



wirkungslos; bei dreimal 30 Tropfen war eine — anfangs geringe — Wirkung zu konstatieren, die verschwand, wenn das Serum nur jeden zweiten Tag gegeben wurde. Daher 120, zeitweise auch 150—210 Tropfen pro die. Nach zweimonatlicher Serumbehandlung erwies sich der Versuch, mit kleineren Dosen (60 Tropfen pro die) auszukommen, als erfolglos.

Erfolg: Die Pulsfrequenz nahm mit der längeren Darreichung des Serums stetig ab; das Allgemeinbefinden wurde besser.

Nach zirka $2^1/_2$ Monaten: (Serumverbrauch 150 cm^3) schwankte der Puls zwischen 89 und 68.

Nach Aussetzen der Therapie, zirka $2^1/_2$ Wochen: stieg die Pulszahl und das Allgemeinbefinden wurde schlechter.

Darauf: Erneute Serumzufuhr, im ganzen 50 cm^3, mit Steigerung der Tagesdosis bis zu dreimal 50 Tropfen pro die.

Die Pulszahl sank diesmal schon innerhalb einiger Stunden und hielt sich von da ab zwischen 80 und 90.

Nach zirka 14 Tagen: Erneutes Ansteigen der Pulsfrequenz und Verschlimmerung des Allgemeinzustandes. Wiederholte Serumgabe, und zwar gleich mit dreimal 50 Tropfen pro die begonnen und mit Ueberspringung je eines Tages auf dreimal 60, und dreimal 70 Tropfen gesteigert. „Die Wirkung war geradezu eklatant.“ Die Pulszahl sank in zwölf Stunden von 105 auf 86 als höchste und 68 als niedrigste. Schlaf und Allgemeinbefinden sehr gut. Zwei Tage darauf, trotz weiterer Serumzufuhr, großer Umschwung. Der Zustand der Patientin wurde sehr schlecht: Heftige Kopf- und Kreuzschmerzen, Mattigkeit, Uebelkeit, Ansteigen der Pulsfrequenz auf 109.

Sofortiges Aussetzen der Medikation brachte zuerst wenig Erleichterung, nur die Pulsfrequenz sank wieder. Es traten Schmerzen in der Milz- und Nierengegend auf, die Mattigkeit nahm zu. Allmähliches Abklingen der Schmerzen.

Bei erneuter vorsichtiger Darreichung des Serums (70 Tropfen pro die) stellten sich ganz plötzlich sehr heftige Kopfschmerzen ein. Dieselben dauerten im Verein mit dem Gefühl der Denkunfähigkeit zirka 14 Tage. Die Serummedikation war während dieser Zeit sistiert. Es stellte sich während des Aussetzens unregelmäßige Herzaktion ein, und zwar so intensiv, daß Patient infolge des damit verbundenen beängstigenden Gefühls aus dem Schlafe erwachte. Patient hatte das Gefühl, „als müsse jeden Augenblick das Herz stille stehen“. Dieser Zustand, der meist zwei Stunden dauerte, wiederholte sich später noch mehrmals bei größeren Serumgaben (einmal bereits nach 90 Tropfen pro die) und hatte regelmäßig ein Sinken der Pulsfrequenz um 10—15 Schläge zur Folge.

Status $^1/_2$ Jahr nach der letzten Serumgabe: Allgemeinbefinden gut. Puls durchschnittlich zwischen 75 und 85. Herzpalpitationen verschwunden, ebenso der Tremor und die Augenmuskelsymptome. Struma minimal. Ernährung sehr gut. Herzarythmie ist nicht mehr aufgetreten.

Christens (Kopenhagen) verwendet Bluttabletten, die er folgendermaßen zubereitet: Nach Aderlaß bei myxödematösen Ziegen wird das Blut in dünnen Schichten auf flache Schalen gegossen, im Thermostat bei Körpertemperatur getrocknet, danach pulverisiert. Darauf wird etwas Gummi zugesetzt, und man dosiert daraus Tabletten von 35 cg. Die Tabletten lösen sich in künstlichen Magensäften auf.

Christens behandelte 18 Patientinnen in dieser Weise, in den meisten Fällen mit befriedigendem Resultate, nur in einigen Fällen, wo die Patienten nur kurze Zeit behandelt wurden, ohne wesentliche Besserung. Viele der Patienten wurden ein Jahr lang, teils im Hospital, teils zu Hause behandelt. Ihr Befinden hat sich wesentlich gebessert.

Christens zitiert kurz zwei Fälle.

Fall I.

54jährige Patientin, vor 16 Jahren leichter Exophthalmus, vor 10 Jahren Anschwellung der Vorderseite des Halses, seitdem hat sich ein typischer Morbus Basedowii ausgebildet.

Starker Tremor. Schweiße. Abmagerung. Zeitweise Diarrhöe, großes Müdigkeitsgefühl, Herzklopfen, objektiv alle



Symptome eines schweren typischen Morbus Basedowii.

Stetige Besserung des Zustandes während der Kur. Nervöse Beschwerden zurückgegangen, Schlaf normal. Schweiße, Zittern haben aufgehört. Der Ernährungszustand ist ein guter, niemals Verdauungsbeschwerden, arbeitsfähig ohne Dyspnoe oder Herzklopfen. Exophthalmus zurückgegangen, so daß die Augen geschlossen werden können, Augenbewegung nähert sich der normalen. Es bleibt noch eine große Struma, die Haut darüber ist aber nicht mehr stramm und glänzend, sondern schlaff. Puls normal, 60—80, geht leicht bis 100—120, wird nicht als Herzklopfen empfunden. Patientin wurde die ganze Zeit zu Hause behandelt, hat immer gearbeitet, ohne daß sie imstande war, sich besser zu ernähren oder selbst zu schonen.

Fall II.

36jährige Frau. Vor $^3/_4$ Jahren bemerkt die Patientin eine kleine Struma, in den letzten Monaten hat sich ein typischer Morbus Basedowii ausgebildet. Nervöse Symptome, Schweiße, Zittern, Verdauungsbeschwerden, Gewichtsabnahme 15 Kilogramm, Kurzatmigkeit, Herzklopfen, starker Exophthalmus und Struma.

Inject. seri antithyreoidati 0·5 pro die.

Nach einer Woche: kommen lokale Infiltrationen mit Schmerzen. Täglich Injektion.

In der folgenden Woche: nahm Patientin sehr ab, kontinuierliche Diarrhöen, Herzschwäche, schwacher Puls. Gewichtsverlust unter der spezifischen Kur 0·2 kg. Schwerer Basedow.

Nach zwei Monaten der spezifischen Behandlung war Patientin imstande, das Bett zu verlassen. Nach drei Monaten arbeitsfähig.

Untersuchung nach elf Monaten: Exophthalmus zurückgegangen, Struma etwas vermindert. Bryson'sches Symptom jetzt 5 cm gegen früher 1·5 cm. Schweiße und Zittern haben aufgehört, Gewichtszunahme 36 Pfund. Puls 88—96 gegen früher 110—120.

Wenn Patientin 4—5 Tage die Tabletten nicht nimmt, bekommt sie Herzklopfen, Unruhe u. s. w., kurz ein Unwohlsein, das sich nach 2—3tägigem Gebrauch der Tabletten bessert.

Die hier vorliegenden 47 Krankengeschichten von organotherapeutisch behandelten Basedowkranken gestatten noch kein völlig abschließendes Urteil über diese Therapie. Die meisten Krankengeschichten sind zu kurz und wenig ausführlich, die Beobachtungsdauer für eine so eminent chronische Krankheit viel zu kurz. Bei manchen Fällen erstreckt sie sich nur auf Tage, bei den meisten auf Wochen, bei den wenigsten auf mehrere Monate. Auch bei Beurteilung der Erfolge der Organotherapie sollte man ebenso wie bei den chirurgischen Erfolgen eine lange Beobachtungsdauer, von mindestens zwei Jahren verlangen. Solange diese Forderung nicht erfüllt ist, und solange nicht ebenso gründliche Statistiken von den Organotherapeuten wie von den Chirurgen gemacht werden, wird sich ein definitives Urteil nicht fällen lassen.

Immerhin lassen sich aus den vorliegenden Krankengeschichten einige Schlüsse ziehen.

Die Milchbehandlung thyreoidektomierter Tiere wird wohl aus äußeren Gründen nur selten ausgeführt werden können. Von den subkutanen Injektionen des Antithyreoidinserums ist man sowohl wegen der unsicheren Wirkung als auch wegen der häufigen lokalen Wirkung (Abszesse und Erytheme) zurückgekommen. So bleiben nur noch Rodagen und das per os verabreichte Antithyreoidinserum, eventuell die Bluttabletten nach Christens.

Daß sich tatsächlich in dem Blute ebenso wie in der Milch thyreoidektomierter Tiere Stoffe befinden, die einen Einfluß auf die Basedow'sche Krankheit, wenigstens in den meisten Fällen, haben, steht fest. Auf welche Weise diese Stoffe wirken, und wo sie ansetzen, ist bis jetzt völlig unaufgeklärt.

Das Antithyreoidinserum scheint etwas besser zu wirken als das Rodagen, was sich auch schließlich dadurch erklären würde, daß die „antitoxischen" Stoffe erst filtriert in die Milch kommen. Auffallend häufig treten sowohl beim Rodagen wie

beim Serum nach Aussetzen des Mittels Rezidive ein.

Nur in wenigen Fällen traten nach den Durchschnittsdosen von Serum unangenehme Erscheinungen auf, so daß es sich, zumal da nach niedrigeren Dosen die gleichen Erfolge erzielt werden, wohl empfehlen dürfte, mit niedrigeren Dosen, also ungefähr 0·5 cm³ pro die zu beginnen, und dann langsam zu steigen. Bei schweren Herzaffektionen sind sowohl das Rodagen wie das Serum kontraindiziert und scheinen direkt schädlich zu wirken. Am häufigsten wird durch die Organotherapie das Allgemeinbefinden gebessert, in zweiter Linie die Struma, die weicher wird und an Umfang abnimmt. Relativ selten sind die dauernden günstigen Einwirkungen auf das Herz, möglicherweise durch schon vorhandene schwere Störungen des Herzmuskels. Die übrigen Symptome: der Exophthalmus, die Augensymptome, der Tremor, das Schwitzen etc. werden in vielen Fällen beeinflußt, in vielen Fällen wenig beeinflußt, oft bleiben sie auch völlig unverändert. Meistens tritt der Erfolg der Organotherapie schon nach wenigen Tagen deutlich zutage. So komme ich zu dem Schlusse, daß wir jedenfalls in der Organotherapie eine die interne übertreffende, aber, wie es leider den Anschein hat, rein symptomatische Therapie besitzen, die jedoch jedenfalls erprobt werden sollte, bevor man zur Operation an der Schilddrüse rät.

Operationen an der Schilddrüse.

Noch vor 25 Jahren lag die Behandlung der Basedow'schen Krankheit ausschließlich in den Händen der internen Medizin, bis Tillaux als einer der ersten die Kropfexstirpation an einer Basedow-Patientin mit Erfolg ausführte. Im Jahre 1883 war Rehn auf Grund seiner Erfahrungen, welche sich damals auf vier einwandsfreie Fälle erstreckten, zu dem Schlusse gekommen, daß der Morbus Basedowii zweifellos durch eine Erkrankung der Schilddrüse bedingt sei und durch die Operation geheilt werden könne. Rehn ließ es dahingestellt, ob es sich um eine toxische Wirkung oder um einen reflektorischen Vorgang von Seiten der pathologisch veränderten Schilddrüse handle. Nur sehr allmählich kam die Operation in Aufnahme, trotzdem schon von Rehn einzelne Basedowfälle veröffentlicht waren, die nach einem Eingriff an der Schilddrüse deutlich eine günstige Beeinflussung der Krankheit zeigten.

Zu gleicher Zeit machte man aber chirurgischerseits bei Operationen, welche aus anderen Indikationen an der Schilddrüse vorgenommen wurden, die bittere Erfahrung (Kocher, Reverdin), daß die Schilddrüse eine ungeahnte Wichtigkeit im körperlichen Haushalt habe, Tatsachen, auf Grund deren sich Möbius energisch für die thyreogene Entstehung des Morbus Basedowii aussprach.

Während sich im Laufe der Jahre die Chirurgen immer mehr und mehr der Operation zuwandten, entstand auf Seite der Internen und Neurologen lebhafte Opposition, besonders wegen der nach der Operation erfolgten Todesfälle und Mißerfolge.

In den Neunzigerjahren des vorigen Jahrhunderts entbrannte ein heftiger Streit zwischen den Internen, ich nenne nur Buschan, Saenger, Eulenburg, Klemperer, die sich entweder ganz gegen die Operation aussprachen oder sie nur in den Fällen angewandt wissen wollten, in denen die interne Therapie völlig versagte, und den Chirurgen. Jene bezweifelten, ob die Erfolge bei wirklichen Basedowfällen erzielt worden seien, führten die Wirkung der Suggestion ins Feld und bestritten den Dauererfolg.

Sie betonten stets die außerordentlichen Gefahren der Operation und deren zweifelhaften Erfolg. — Inzwischen hat sich ein ungeheures Material an operierten Basedow-Fällen angesammelt, weit über 1000 Fälle sind in der Literatur niedergelegt worden. Die Einwände der Internen sind glänzend widerlegt, und es ist zweifellos, daß weitaus in den meisten Fällen die operative Therapie an der Schilddrüse einen vollen Erfolg hat. In Frankreich hat sich allerdings diese Ansicht noch nicht Bahn gebrochen und noch im Jahre 1901 schreibt Filliatre: „C'est



de la thyreoidectomie qu'on peut dire que le traitement est pire que la maladie, puisqu' alors que le goître exophthalmique ne tue que dans 2% des cas, la thyreoidectomie est suivie de mort dans un sur cinq cas."

Sorgo hat in seinem ausgezeichneten Sammelreferat im Jahre 1898 die bis dahin publizierten Arbeiten über die operativen Erfolge bei der Basedow'schen Krankheit zusammengestellt. Seitdem ist noch eine Fülle von Einzelarbeiten erschienen, die wesentlich zur Klärung dieser Frage beigetragen haben.

Die große Streitfrage, ob der primäre (genuine Basedow nach Buschan, der Goître basedowifié nach Marie) operiert werden dürfe, ist nunmehr als gelöst zu betrachten. Möbius war bei der Sonderung zwischen primärem und sekundärem Basedow allein der Zeitpunkt des Auftretens der Struma in dem Bilde der Basedowschen Krankheit maßgebend, indem er Krankheitsbilder, bei welchen die Struma dem Ausbruch der übrigen Symptome lange Zeit vorherging, als sekundären Basedow bezeichnete. Er hebt aber ausdrücklich hervor, daß er damit einen prinzipiellen Unterschied zwischen diesen beiden Formen nicht schaffen wollte. „Später wird man vielleicht erkennen, daß in jedem Falle von Basedow'scher Krankheit wahrnehmbare Veränderungen der Schilddrüse den übrigen Symptomen lange vorausgehen, daß die Basedow-Veränderung sich überhaupt nur in einer schon kranken Drüse entwickelt. Das Aergste ist die Behauptung, daß die Basedow-Symptome, z. B. allgemeines Zittern, die Veränderungen der Hautdecke u. s. w. durch den Druck eines Kropfes bewirkt werden könnten."

Für Buschan dagegen ist der Begriff der Basedow'schen Krankheit kein einheitlicher, sondern ein Sammelname für eine Gruppe von Krankheitssymptomen, denen die verschiedenartigsten Ursachen zugrunde liegen können, u. a. vielleicht auch eine Sekretionsanomalie der Schilddrüse. Die Basedow'sche Krankheit im engeren Sinne, der genuine Morbus Basedowii, ist nach ihm ein Gehirnleiden mit vorwiegend psychischen und motorischen Phänomenen, als dessen ausführende Organe, wie beim Schreck, der Vagus und Sympathikus fungieren. Alles andere sei sekundärer Basedow, etwas im Wesen Grundverschiedenes. So kam es, daß eine ganze Reihe von Autoren die Operation bei primärem Basedow entweder für ein Noli me tangere oder für ein Ultimum refugium gelten lassen wollte. Sorgo stellte fest, daß tatsächlich viel mehr Fälle von sekundärem Basedow operiert wurden, schon allein deshalb, weil er die häufigere Erkrankung ist, daß aber auch für den primären Basedow in einer großen Anzahl von Fällen eine eklatante Heilung zugegeben werden muß, während anderseits auch bei sekundärem Basedow die Besserung oder Heilung oft sehr lange auf sich warten läßt, ja auch ausbleiben kann (Mikulicz, Rivière, Lauenstein). Eine Sonderung der Fälle von primärem und sekundärem Basedow haben nach seiner Meinung in einer statistischen Zusammenstellung trotzdem, auch ohne Buschans theoretische Unterstellung, einen praktischen Wert hinsichtlich der Indikationsstellung für die Operation, die bei primärer Basedow-Erkrankung naturgemäß mehr Vorsicht erfordern und einen schwereren Entschluß kosten wird.

Unter 166 Fällen, die Sorgo fand, konnte er 50 als primäre Basedow-Erkrankung ansprechen. Er fand 58·1% Besserung bei sekundärem und 36% bei primärem Basedow, Heilung in 24·5% von sekundärem und 36% von primärem Basedow, Mißerfolg in 4% von sekundärem und 12% von primärem Basedow, der Tod trat ein in 16% von sekundärem und 11·4% von primärem Basedow. Diese Zahlen ergeben schon, daß kein großer Unterschied bezüglich des Erfolges oder Mißerfolges besteht. Auch in meinen 127 in der jüngsten Literatur niedergelegten Fällen fand ich ungefähr $^1/_3$ operierte Fälle von primärem Basedow und keinen wesentlichen Unterschied bezüglich des Erfolges.

Der Einwand der suggestiven Wirkung der Operation an der Schilddrüse beim Basedow, der sogar der Ovariotomie bei der



Hysterie gleichgestellt wurde, ist heute nicht mehr ernst zu nehmen.

Die Frage, wann man die operierten Fälle als geheilt ansprechen dürfe, hat die Autoren sehr lebhaft beschäftigt. Heute darf man wohl diejenigen Fälle, bei denen bis auf eventuellen geringen Exophthalmus alle objektiven Symptome geschwunden sind, und ein vollständiges subjektives Wohlbefinden eingetreten ist (NB. muß natürlich die neuropathische Konstitution, die ja meist die Grundlage der Krankheit ist, bei der subjektiven Besserung in Betracht gezogen werden) mit einer Beobachtungsdauer von mehreren Jahren, als geheilt bezeichnen. Fast alle von mir zusammengestellten Fälle genügen dieser Forderung vollauf.

Von den Chirurgen stehen Albert Kocher und Riedel auf dem extremen Standpunkt, daß jeder Basedow-Kranke operiert werden solle, während die meisten anderen, was gewiß in Anbetracht der gefahrvollen Operation berechtigt ist, erst mittels der internen Therapie zu heilen versuchen.

Indikation zur Operation.

1. Kompression der Trachea durch die Struma (vitale Indikation).

2. Soziale Indikation. Es ist klar, daß Patienten, die in guten äußeren Verhältnissen leben, einen längeren Versuch mit dem ganzen Apparat der internen Therapie machen können.

3. Fälle, die den Eindruck einer akuten Intoxikation machen, auch dann, wenn die Vergrößerung der Schilddrüse noch nicht besonders merklich ist (Nonne) — Rehn operiert in allen akuten Fällen.

4. Glansenach empfiehlt die Operation bei plötzlicher Verschlimmerung der Symptome, speziell bei hochgradigem Exophthalmus, der die Kornea gefährdet. Dagegen muß bemerkt werden, daß durch die Operation der Exophthalmus nicht sehr regelmäßig und häufig nur sehr langsam beeinflußt wird.

5. Ob die exzessive Tachykardie eine Indikation ist, ist zweifelhaft wegen der dann vermutlich schon bestehenden schweren Störungen des Myokards.

Bei Stellung der Indikation ist selbstverständlich Rücksicht auf Erfahrung und technisches Können des Operateurs zu nehmen. Außerdem sollte jedenfalls verlangt werden, daß die Operation ausgeführt wird, so lange die Patienten sich in gutem Kräftezustand befinden. Gewiß werden auch jene schweren Fälle, die dem allmähligen Verfall preisgegeben sind, nicht von der Operation ausgeschlossen werden, allein mit der Schwere des Falles wächst auch die Größe der Gefahr. „Die Schwere des Falles wird gekennzeichnet durch die Raschheit der Progression, wie solcher als akuter Morbus Basedowii beschrieben ist. Bei diesem ist zweifellos ein rasches operatives Eingreifen indiziert, wenn man auch nicht weiß, ob nicht ein akuter Fall im weiteren Verlauf sich chronisch gestaltet und es möglich ist, daß die Operation in solchen bösartigen Fällen nicht hilft.“ (Möbius.)

Gefahren der Operation.

Gefahren liegen in der Schwierigkeit der Operation selbst. Die an die Struma anstoßenden Gewebe zeigen vermehrte Derbheit, die die Struma umgebende Faszienhülle häufige Verwachsungen mit der Struma. Ferner kann bei der Operation eine Verletzung des Rekurrens, der Trachea oder des Larynx gesetzt werden, oder aus bronchopneumonischen Prozessen eine Infektion erfolgen.

Außerdem sind übereinstimmend nach allen Autoren die Eingriffe am Kropf bei Basedow'scher Krankheit als durchaus ernste zu bezeichnen und verlangen, wie wenige andere Operationen, ein zartes, schonendes Vorgehen und eine sorgfältig ausgebildete Technik.

Meist ist die Drüse außerordentlich blutreich, die Blutstillung häufig schwer, die Gefäße zerreißlich und die Gerinnungsfähigkeit des Blutes vermindert.

Eine weitere Gefahr liegt in der eventuell nötig werdenden Narkose sowie deren Einwirkung auf Herz oder Lunge. Eine ganze Reihe von Todesfällen wird auf die Chloroformnarkose zurückgeführt, so daß sich jetzt die große Mehrzahl der Autoren zur Infiltrationsanästhesie be-



kennt. Nur Schulz redet der Chloroformnarkose in Rücksicht auf die ausgezeichneten Erfolge Kümmels das Wort und betont, daß es manchmal einfach unmöglich ist, mit der einfachen Lokalanästhesie auszukommen. Riedel dagegen verlangt, daß unbedingt ohne Narkose operiert wird und hat bei dieser Methode ebenfalls sehr gute Erfolge zu verzeichnen.

Wenn Tetanie besteht, so ist, da sie in chronische Kachexie übergehen kann, die Operation nur mit größter Vorsicht anzuraten.

Ein weiterer Nachteil liegt in der geringeren Widerstandsfähigkeit des durch die chronische Intoxikation mit Schilddrüsensaft geschwächten Organismus.

Dadurch werden auch die in drei Viertel aller Fälle (Albert Kocher) vorkommenden unangenehmen postoperativen Erscheinungen erklärt. Dieselben äußern sich in vorübergehenden Psychosen, großer Aufregung bis zu völliger Benommenheit, Oppression, Herzklopfen, Hitzegefühl, Injektion des Gesichts, allgemeinem Tremor, profusen Schweißausbrüchen, Erbrechen, unregelmäßigem oder frequentem Puls. Dazu können noch Zahn- und Ohrenschmerzen, Dyspnoe, Zyanose, Leberanschwellung, Ikterus und Fieber sich gesellen. Postoperatives Fieber findet sich in der großen Mehrzahl der Fälle.

Für diese beängstigenden, aber glücklicherweise meist rasch vorübergehenden Erscheinungen sind verschiedene Erklärungen gegeben worden. Die einen machen den Status thymicus (Thymus persistens, die bei einer großen Anzahl von tödlich verlaufenden Basedowfällen gefunden wurde) dafür verantwortlich, andere (Paltauf) führen diese unangenehmen Nebenerscheinungen auf die lymphatisch chlorotische Konstitution, wieder andere (Möbius) auf eine Ueberschwemmung des Körpers mit Schilddrüsensekret zurück.

Albert Kocher erklärt diese Erscheinungen durch das häufige Eintreten von Hämatomen und Nachblutungen und die größere Toxizität des aus diesen resorbierten Blutes.

Art der Operation.

Rehn hält die Resektion der Struma unter Lokalanästhesie ohne allgemeine Narkose für das wirksamste Verfahren, zuweilen begnügt er sich mit der Ligatur einiger zuführender Gefäße, um den operativen Erfolg abzuwarten und später eventuell unter günstigeren Bedingungen die Resektion der Struma vorzunehmen.

Krönlein gibt der Resektion gegenüber der Ligatur den Vorzug, zumal auch etwaige Kompressionserscheinungen dadurch schneller beseitigt werden. Krönlein operierte früher unter Chloroformnarkose, seit 1894 unter Aethernarkose, in einigen Fällen unter Kombination von Morphium und Aether, hat jedoch nach einem Morphiumtod auf diese Kombination verzichtet und wendet, wenn möglich, Lokalanästhesie an.

Mikulicz hat seine früheren Erfahrungen zu Gunsten der Ligatur (Chirurgenkongreß 1895) geändert. Mikulicz hält die Ligatur (auch bei gewöhnlichen, nicht mit Basedow komplizierten Kröpfen) für das technische schwierigere, gefährlichere, in seiner Wirkung weniger sichere Verfahren. Außerdem setze man statt einer Wunde vier. Mikulicz ist in Fällen von isolierten Kropfknoten und Zysten für die Enukleation, in allen übrigen Fällen für die Resektion. In schwierigen Fällen ist die Operation zweizeitig auszuführen. In der ersten Sitzung: Resektion eines Kropflappens; in der zweiten Sitzung unter viel günstigeren Bedingungen, wenn überhaupt noch nötig: Resektion des zweiten Lappens.

Kümmel (Schulz) übt fast ausschließlich die partielle Strumektomie; in der letzten Zeit in besonders geeigneten Fällen die Enukleation in Kombination mit der Exstirpation. Kümmel operiert nur unter Anwendung der Chloroformnarkose und ist dabei sehr gut gefahren. Die Hauptbedingung sei, daß man stets vorsichtig und langsam beginne und nach der tropfenweisen Zuführung von 1 g Chloroform in etwa $^1/_2$ Minute, jedesmal eine kleine Pause eintreten lasse. Patient soll völlig horizontal liegen, unter der Schulter dagegen ein kleines Roll-

kissen haben. Dabei hat der Assistent stets auf die für ungehinderte Atmung geeignete Stellung des Halses und Kopfes zu achten.

Riedel hält die Arterienligatur für technisch am schwierigsten. „Ob der Kropf sehr blutreich ist oder nicht, das ist ziemlich gleichgiltig, die Hauptsache ist immer die, ob man die großen zuführenden Gefäße durch Emporheben des subkostalen Kropfes so weit freilegen kann, daß die Ligatur möglich ist. Das Verdrängen der Halsgefäße ist nur dann möglich, wenn der Kropf sich oberhalb des Sternums, respektive oberhalb der Klavikula entwickelt. Entwickelt sich die Struma retroklavikulär, respektive retrokostal, so bleiben die sämtlichen großen Gefäße hinter dem Kropf und werden nicht selten sogar nach der Mittellinie gedrängt, so daß die Artheria thyreoidea inf. dicht an der Trachea liegt. Unter solchen Umständen kann die Exstirpation des Kropfes, wenn sie exakt, das heißt ohne Verletzung des Rekurrens durchgeführt werden soll, außerordentliche Schwierigkeiten bieten, aber sie ist durchführbar, während die einfache Ligatur der Arteria thyreoidea inf. unmöglich ist, außer wenn man die Struma, die aus dem Thoraxraum herausgeholt wurde, nach der Ligatur wieder an ihren Platz zurückschieben will, was höchst bedenkliche Folgen haben könnte, zumal immer eine große Anzahl Venen unterbunden werden muß, ehe das Herauswälzen aus dem Thorax gelingt. Diese Unterbindung der Venen könnte leicht zu Thrombosen in dem distalen, respektive intrathyreoidalen Teile der Venen führen. Die Gefäßunterbindung ist bald leicht, bald schwer, bald ganz unmöglich, deshalb ganz zu vermeiden.“

Von der Exstirpation von Kropfknoten und isolierten Zysten ist Riedel zurückgekommen. Die Operation ist in Betreff der Blutungen zu unsicher, aber selbst bei anscheinend sehr günstigen Verhältnissen solle man sich auf Blutungen gefaßt machen und sich die Frage vorlegen, ob es nicht von vornherein richtiger ist, die typische Exstirpation der betreffenden Kropfhälfte zu machen, statt einen kleinen Rest Kropfgewebe zu erhalten, der schwerlich großen Wert hat.

Damit nicht Cachexia strumipriva eintrete, läßt er ein Zehntel des Kropfes zurück. Dieser Schilddrüsenrest muß nach seiner Ansicht die entsprechende Arterie behalten.

Kocher hält die Kombination von partieller Exzision und Ligatur der zuführenden Arterien für das Rationellste. Er gibt zu, daß gerade die Ligatur oft schwierig ist, empfiehlt sie aber trotzdem besonders als einleitendes Verfahren bei hochgradigen Fällen, die auf dem Höhepunkt der Krankheit zur Operation kommen. „Die Ligatur der zwei Arteriae thyreoideae super. ist ein leichter und kurzer Eingriff, wirkt auf beide Strumahälften (bei totaler vaskulärer Struma) und erleichtert dadurch die Beurteilung für das Weitergehen außerordentlich. Außerdem wird die eventuelle spätere halbseitige Exzision erleichtert, nachdem ein Hauptast schon ligiert ist.“ Kocher hält die Resektion, da sie bedeutend blutiger ist, als die halbseitige Exzision, in schweren Fällen für kaum ausführbar, und nur dann für indiziert, wenn die Gefäßligatur an der restierenden Schilddrüsenhälfte nicht ausführbar ist oder nicht zum Ziele geführt hat.

Die Enukleation empfiehlt Kocher nicht, da nur die Knoten, die vermehrte Vaskularisation zeigen, von Bedeutung sind. Die Enukleation sei sehr blutig und schon deshalb nicht zu empfehlen. Sekundär degenerierte Knoten hätten mit der Basedowkrankheit nichts zu tun. Allerdings könne die Enukleation von Kropfknoten durch die gleichzeitige Ligatur von Gefäßen wirken. Kocher rät im allgemeinen nicht zu einer primär ausreichenden Operation, d. h. daß bei der ersten Sitzung die ganze vaskulös erkrankte Drüse entfernt werde, da zweifellos durch eine weniger ausgedehnte Operation auch bei total vaskulös erkrankten Drüsen Heilung erzielt werde, indem eine Rückbildung respektive Verminderung der Vaskularisation eintrete, und da über das Verhalten der Drüse respektive des Drüsenrestes nach weniger ausgedehnten



Operationen zuvor nicht geurteilt werden könne.

Ferner sei es ein großer Vorteil, nach einer einleitenden, weniger eingreifenden Operation das Verhalten der Drüse zu verfolgen und präzisere Indikationen für ein weiteres Vorgehen stellen zu können. Die ausgehnte Operation sei nicht ohne Gefahr für die spätere Funktion der Schilddrüse, da akute und chronische Cachexia thyreopriva, sowie die partielle Schädigung der Schilddrüsenfunktion, die Hypothyreodisation, beobachtet worden sind. Außerdem bestände bei ausgedehnten Operationen in der ersten Sitzung direkte Gefahr für den in hochgradigen Fällen außerordentlich geschwächten Patienten.

Beeinflussung der Symptome durch die Operation.

Alle Autoren sind darin einig, daß durch die Operation in allererster Linie die Pulsfrequenz beeinflußt wird. Der Puls bessert sich qualitativ, die Frequenz sinkt, das Herzklopfen läßt nach. In zweiter Linie bessert sich sehr bald nach der Operation das Allgemeinbefinden. Etwas Bestimmtes und Einheitliches über die Beeinflussung der anderen Symptome kann nicht gesagt werden. Die einzelnen Fälle zeigen ein völlig ungleichmäßiges Verhalten. Der Tremor geht bald schnell, bald langsam zurück, meist dauert es einige Zeit, bis er ganz geschwunden ist.

Der Exophthalmus wird meist schon in den ersten Tagen günstig beeinflußt, vielfach bleibt nach diesem raschen Rückgang doch noch ein geringer Grad von Protrusio bulbi zurück, der sich erst nach Monaten zurückbildet. Schulz fand in den 20 von Kümmel operierten Fällen bei der Nachuntersuchung in keinem einzigen Falle mehr Exophthalmus. Die anderen Autoren geben übereinstimmend an, daß in einer ganzen Reihe von Fällen, die objektiv als geheilt angesprochen werden können, ein geringer Exophthalmus dauernd zurückbleibt. Es sind mannigfache Erklärungen für diese auffallende Erscheinung gegeben worden. Im allgemeinen bekannte man sich zu der Ansicht, daß durch die jahrelang bestehende Protrusio sich anatomische Veränderungen in der Orbita vollzogen haben, die sich nicht mehr zurückbilden können. Allein so lange die Ursache des Exophthalmus noch nicht einwandfrei erklärt ist, befriedigt auch keine der bisherigen Erklärungen für das nicht völlige Verschwinden desselben nach der Operation. Auffallend ist jedenfalls, daß das einzig konstante Symptom der Sympathikusresektion das völlige Verschwinden des Exophthalmus ist, daß also hier die Glotzaugen sich trotz der anatomischen Aenderungen zurückbilden. Albert K o c h e r glaubt, daß sich nur ein gänzliches Zurückgehen des Exophthalmus in solchen Fällen erwarten lassen darf, die relativ kurze Zeit nach Beginn der Erkrankung zur Operation kommen. Er hält es für fraglich, ob man es bei der Sympathikusrektion nicht bloß mit einer Verengerung der Lidspalte oder aber mit einer durch die Operation bedingten Veränderung der Blutfüllung zu tun hat. Er nimmt an, daß ein nach der Strumaoperation zurückbleibender Exophthalmus auf sekundären, infolge der langen Zirkulationsstörung bedingten Veränderungen beruhe.

Die Augensymptome verschwinden in der Mehrzahl der Fälle vollständig und rasch und bilden sich unabhängig vom Exophthalmus zurück.

Den Kropfrest fanden alle Autoren in den Fällen, in denen darauf geachtet wurde, längere Zeit nach der Operation deutlich verkleinert und hart. Albert K o c h e r betrachtet den Erfolg der Operation nur dann als einen vollständigen, wenn keine vaskulösen Erscheinungen mehr vorhanden waren und späterhin aufgetreten sind, und wenn diejenigen Strumateile, die abnormen Blutreichtum zeigten, sich zurückgebildet hatten. Zeigte sich nicht bald nach der Operation eine Abnahme der Vaskularisation, so fand eine solche auch später ohne neuen Eingriff nicht statt.

Ebenso werden durch die Operation die abnormen Erscheinungen von Seiten des Verdauungstraktus der Haut und des Nervensystems zur Norm zurückgeführt.

Albert K o c h e r stellt fest, daß bezüg-

lich der Heilung der Basedow'schen Krankheit die Regulierung der Menstruation von eminenter Bedeutung ist, indem sie sich ganz genau an den Fortschritt der Besserung hält. Hatten die Menses ganz zessiert, so traten sie bei fortdauernder Heilung allmählich, schwach anfangend, wieder ein.

War die Menstruation wieder normal, so war eine völlige Restitution der übrigen Krankheitssymptome beobachtet worden. Bleibt eine Besserung in Bezug auf die Menstruationsstörung längere Zeit aus, so ist das als prognostisch ungünstig aufzufassen.

Ich glaube, daß man keinen besseren Beweis für den ungeheuren Erfolg der Schilddrüsenoperation bei der Basedowschen Krankheit erbringen kann, als durch die Tabelle der folgenden 127 Fälle.

Es muß dabei noch ausdrücklich betont werden, daß der operativen Therapie meist eine jahrelange erfolglose symptomatische Behandlung, wie sie die innere Medizin gibt, vorausgegangen war, und daß sicherlich wohl meistens nur die ganz schweren Fälle von Basedow'scher Krankheit operiert worden sind.

Name	Zahl	Voller Erfolg	Bedeutende Besserung	Geringe Besserung	Mißerfolg	Tod
Wolff	9	6	—	—	1	2
Mikulicz	18	12	3	1	1	1
Krönlein	21	15	2	—	2	2
Kümmel	20	18	—	—	1	1
Kocher	59	45	8	2	—	4
	127	96	13	3	5	10
		75·7%	10%	2·4%	4%	7·9%

Erfolg 85·7%, Mißerfolg 14·3%.

Beobachtungsdauer in den Fällen mit vollem Erfolg:

Wolff: 1 Fall $1^1/_2$ Jahre, alle anderen mehr als drei Jahre.

Mikulicz: 2 Fälle unter 1 Jahr, 2 Fälle über 1 Jahr, 8 Fälle über 4 Jahre.

Krönlein: $1^1/_2$—10 Jahre.

Kümmel: 2 Fälle $1^1/_2$ Jahre, 16 Fälle länger als 3 Jahre.

Kocher: 5 Fälle 1—$1^1/_2$ Jahre, 40 Fälle 2—$12^1/_2$ Jahre.

Todesursachen:

Wolff: 1 Kropftod, 1 Herztod.

Mikulicz: Nachblutung.

Krönlein: einmal Tod durch Blutverlust, einmal Shockwirkung (moribund aufgenommen).

Kümmel: Herzkollaps.

Kocher: einmal Embolie der A. foss. sylvii, einmal Pneumonie, zweimal Herzkollaps.

Vergleichsweise führe ich nach Sorgo folgende Statistik an:

Mattiesen findet unter 117 Fällen 47·2% Heilungen, 33·7% Besserungen, 19·1% mäßige Besserungen. Unter Heilung subsumiert er auch solche Fälle, bei welchen ein Schwinden der subjektiven Beschwerden stattfand.

Allen Starr verfügt über 190 Fälle. Davon starben 23 (= 12·1%) gleich nach der Operation; 74 (= 38·9%) wurden geheilt; 45 (= 23·7%) wurden gebessert; 3 (= 15·2%) nicht gebessert; bei 45 (= 23·7%) war der Erfolg unbestimmt.

Heydenreich findet in Briners Zusammenstellung der Fälle 61 Operierte; 50 (=81·9%) wurden geheilt, 5 (= 8·2%) mäßig gebessert, 2 (= 3·2%) bekamen Tetanie und 4 (= 6·5%) starben.

Schulz zählt unter 128 Operierten 95 (= 73%) Heilungen, 25 (= 19·5%) Besserungen, je 4 (= 3·1%) mäßige Besserungen und Todesfälle.

Sorgos Statistik erstreckt sich über 172 in den Jahren 1894—1896 mitgeteilte Fälle. Es wurden 27 (= 15·2%) bedeutend gebessert, 62 (= 36·0%) deutlich gebessert; also 89 (= 51·2%) Besserungen. Geheilt wurden 48 (= 27·9%) der Patienten. 11 (= 6·4%) wurden nicht gebessert oder es trat Verschlimmerung ein, und 24 (= 13·9%) starben während oder Stunden bis Tage nach der Operation.

Der Vergleich ergibt, daß in den letzten Jahren die Anzahl der Heilungen und Besserungen gegenüber den früheren gestiegen ist, daß ferner der Mißerfolg der Schilddrüsenoperation verschwindend klein ist gegenüber dem Dauererfolg.

Exothyreopexie.

Diese Operationsmethode, welche zuerst von Poncet und Jaboulay in Lyon ausgeführt wurde, ist von dem ersten Autor aufgegeben worden, da die hier notwendigen Manipulationen eine mechanische Erweichung der Schilddrüse und dadurch eine Intoxikation mit Thyreoidin herbeiführen könnte. Derselbe beobachtete übrigens eine große Mortalität und ein sehr häufiges Rezidivieren der Basedow'schen Krankheit nach der Operation. In den letzten Jahren scheint deswegen die nur in Frankreich geübte Operation in völligen Mißkredit gekommen zu sein.

Die Operationen am Sympathikus.

Die Eingriffe am Sympathikus haben bisher in Deutschland wenig Anklang und wenig Nachahmung gefunden. Dagegen hat sich diese Behandlungsart in Frankreich eine Reihe von Anhängern erworben, die teilweise die erbittertsten Gegner der Schilddrüsentheorie und -operation sind.

Schon im Jahre 1895 schlug Edmunds zur Heilung des Exophthalmus die Sympathikusdurchschneidung vor, und kurze Zeit darauf führte Jaboulay dieselbe zum erstenmal aus. Jonnesco (Bukarest) modifizierte die Operation in der Weise, daß er, wie bei seiner Epilepsiebehandlung, den Halssympathikus anfangs partiell, dann total und bilateral resezierte. Die Operation findet ihre Begründung in der Sympathikustheorie, die Abadie begründete. Alle Symptome des Morbus Basedowii und sämtliche Augenphänomene beruhen auf einer Reizung des Halssympathikus, die Struma auf einer übermäßigen Dilatation der Schilddrüsengefäße, die durch eine anhaltende Reizung der dem Hals- und Brustsympathikus entstammenden vasodilatatorischen Fasern oder ihrer Zentra hervorgerufen wird. Ebenso bewirkt nach dieser Theorie eine Reizung des Sympathikus die Tachykardie, derselbe Reiz schafft den Tremor, das Hitzegefühl, die Schweiße, die gastrointestinalen Störungen, den nervösen Aufregungszustand, der durch eine permanente Gehirnanämie, welche durch eine anhaltende Reizung der im Sympathikus enthaltenen Vasokonstriktoren des Gehirns unterhalten wird, erzeugt wird. Der Nerv darf jedoch nicht für das Primum movens der Basedow'schen Krankheit gehalten werden, derselbe dient vielmehr lediglich als Verbindungsorgan für die Nervenleitungen zwischen dem Primum movens (Struma simplex beim sekundären Morbus Basedowii, oder Gehirnaffektion) und den Organen, deren Funktion sekundär verändert worden ist (Auge, Herz und Schilddrüse).

Wenn der Sympathikus demnach in der Peripherie entweder mechanisch (Struma simplex) oder chemisch (Schilddrüsensekretion) oder primär im Zentrum (Gehirnaffektion) gereizt wird, einerlei, welches der Mechanismus, so sollen dem Morbus Basedowii ähnliche Veränderungen erzeugt werden, die jedoch, sobald die Leitungsbahnen der Reizung zerstört worden sind, verschwinden sollen. (Jonnesco.)

Auf Grund von Tierversuchen führt F. Franck den Morbus Basedowii auf die Reizung der von den Plexus cardiacus aorticus durch den Nervus vertebralis und die Rami communicantes superiores aufwärts zu den Zentren der Medulla oblongata verlaufenden sympathischen sensiblen Fasern zurück. Deshalb muß man nach Francks Meinung zum Verschwinden der Basedow'schen Krankheit außer den drei Halsganglinien auch das oberste Brustganglion resezieren. Die zur Unterdrückung der Funktionen des Sympathikus angewandten Operationsmethoden sind folgende:

1. Einfache Durchtrennung des Halssympathikus, vorgeschlagen von Edmunds, ausgeführt von Jaboulay.
2. Ausreissung des Halssympathikus (Jaboulay).
3. Dehnung des Sympathikus am Halse (Jaboulay).
4. Partielle Resektion des Halssympathikus (Alexander).
5. Partielle ausgedehnte Resektion des Halssympathikus (Jonnesco, 1896).
6. Totale und bilaterale Resektion des Sympathicus cervicalis (Jonnesco).

Operationserfolge.

Jaboulay will bei acht Operationen (sechsmal doppelseitige, zweimal einseitige Durchtrennung des Halssympathikus) zwei Heilungen, fünf Besserungen und einen Todesfall gehabt haben. Tatsächlich wurde die Tachykardie fast gar nicht beeinflußt. Nur der Exophthalmus ging konstant zurück. Die Beobachtungsdauer ist für ein definitives Urteil viel zu kurz.

Von 27 Fällen mit der partiellen, mehr oder weniger ausgedehnten Resektion des Halssympathikus wurden (nach Balacescu von der Jonnesco'schen Klinik): 9 Heilungen = 33·3%, 11 Besserungen = 40·7%, 2 Mißerfolge = 7·4%, 5 Todesfälle (der Tod war nicht eine Folge der Operation, sondern von interkurrenten Krankheiten) verzeichnet.

Der Haupterfolg der Operation bestand in dem mit Ausnahme eines Falles stets erheblich verminderten oder ganz verschwundenen Exophthalmus.

Nur in ein Drittel der Fälle wurde die Struma erheblich beeinflußt, während in den anderen Fällen dieselbe nur minimal zurückging oder, was meistens der Fall war, gleich groß blieb.

Die Tachykardie wurde erheblich, so wie wir es nach den Strumaoperationen zu sehen gewohnt sind, nur in fünf Fällen beeinflußt. Der Tremor verschwand nur in 15 Fällen, so daß nach dieser Beurteilung des Erfolges erheblich weniger Heilerfolge oder Besserungen zu verzeichnen sind. Außerdem kommt es ja bekanntermaßen bei der Basedow'schen Krankheit wegen der relativ häufigen Rezidive und des Stillstandes der Besserung, von der man dann erhofft, daß sie einer völligen Heilung Platz machen wird, auf die Dauer der Beobachtungszeit an, und auch hierin genügt Balacescus Statistik keineswegs, da nur vier Fälle zwischen zwei und fünf Jahren, zwei Fälle ein Jahr, neun Fälle einige Monate, und zehn Fälle überhaupt keiner Beobachtung nach der Operation unterworfen wurden.

Balacescu führt ferner 17 Fälle an, bei denen die totale und bilaterale Resektion des Halssymphatikus ausgeführt wurde. Bei diesen konstatiert er 10 Heilungen, 5 Besserungen, 2 Mißerfolge.

Auch diese Erfolge halten einer objektiven Kritik nicht stand. Auch hier wurde der Exophthalmus stets in ganz erheblichem Maße beeinflußt. In nur fünf Fällen verringerte sich die Struma um über 2 cm. In fünf Fällen sank der Puls unter 90 Schläge in der Minute, doch muß hervorgehoben werden, daß bei drei unter diesen fünf Fällen überhaupt keine Tachykardie bestand.

Der Tremor wurde, ebenso wie der Exophthalmus, in fast allen Fällen sehr günstig beinflußt.

Allein da auch hier die Dauer der Beobachtung nur in vier Fällen ein Jahr (Maximum $2^1/_2$ Jahre, ein Fall) überschreitet, während die anderen nur wenige Monate beobachtet wurden, so läßt sich auch hier ein abschließendes Urteil über den Wert dieser Operationsmethode nicht fällen. Die nervösen Beschwerden sollen sich in den meisten Fällen sehr erheblich gebessert haben.

So kann man Balacescus Resumé, daß die totale und bilaterale Resektion des Halssympathykus die wirksamste Operation beim Morbus Basedowii sei, nicht zustimmen. Aus seinen Untersuchungen habe ich gerade den entgegengesetzten Schluß gezogen, nämlich, daß, wenn beim Morbus Basedowii operiert werden soll, die Operation an der Struma, trotz ihrer allerdings nicht zu leugnenden größeren Gefährlichkeit, dem Eingriff am Sympathikus bezüglich des Erfolges bei weitem vorzuziehen ist. Der einzige konstante Vorzug der Sympathikusopetion — aber hier genügt auch die einfache Durchschneidung — ist die sicherere therapeutische Wirkung auf den Exophthalmus.

Marquès (1901) untersuchte in seiner Sammelstatistik speziell die Operationsresultate der einzelnen Sympathikusoperationen in Bezug auf die einzelnen Symptome. „Ce qui frappe immédiatement c'est l'inconstance des résultats.“ Bei dem einen Kranken sieht man den Exophthalmus verschwinden, die Struma abnehmen und die Tachykardie bleiben, den Tremor

sich verbessern, bei dem andern verschwindet der Tremor, der Exophthalmus nimmt ab, die Tachykardie und die Struma bleiben unverändert. Marquès fand, daß alle möglichen Kombinationen möglich seien. Erstens seien sich die Fälle nicht ähnlich und dann die Operationsmethoden verschieden, von der einfachen Durchschneidung bis zur totalen Resektion des Sympathycus cervicalis, und diese Differenzen könnten zum Teil die verschiedenen Resultate erklären. Aber selbst in sehr ähnlichen Fällen, bei denen die Operationsmethode dieselbe war, sind die Resultate außerordentlich verschieden. Auch Marquès fand sehr wenige Fälle mit längerer Beobachtungsdauer in der Literatur beschrieben, so daß sich nicht feststellen ließ, ob die erhaltenen Resultate definitive sind.

Marquès schien es, als ob sich die besten Resultate auf den Exophthalmus bezögen. Am häufigsten nimmt er ab, diese Abnahme vollzieht sich sehr schnell. Manchmal ist sie vom Tage nach der Operation, manchmal schon am Operationsabend selbst konstatiert worden. In den Fällen, in denen das obere Zervikalganglion entfernt wurde, hat man die besten Resultate bezüglich des Exophthalmus erhalten. Manchmal verschwindet der Exophthalmus, der sich nach der Operation besserte, erst nach längerer Zeit. Rezidive sind nicht häufig (zwei Fälle).

Die Verkleinerung der Struma ist ziemlich häufig, das Verschwinden selten, und es kommt vor, daß die Operation gar keinen Einfluß auf die Struma hatte.

Das Resultat betreffs der Tachykardie (das Hauptkriterium der Heilung) ist das inkonstanteste. Sie nimmt zwar meist ab, doch verschwindet sie selten ganz, sie kann sogar nach der Operation zunehmen. Die totale Resektion (inklusive des unteren Ganglions), die theoretisch betreffs der Tachykardie ausgezeichnete Resultate geben müßte, da von ihm die akzeleratorischen Herznerven entstammen sollen, hat in Wirklichkeit die Erwartungen keineswegs erfüllt. Die Palpitationen verschwinden meist auch dann, wenn die Pulsfrequenz nicht nachläßt.

Der Tremor scheint sich ebenso häufig wie der Exophthalmus zu bessern, sehr selten wird er nicht vermindert, meist nimmt er ab, häufig hört er ganz auf. Das subjektive Befinden der Kranken ist meist nach der Operation besser.

Marquès hat nicht untersuchen können, welches der Erfolg bei den anderen Basedow-Symptomen war, da sie in der Mehrzahl der Beobachtungen nicht erwähnt wurden.

Auch in Frankreich scheint man sich über den geringen Wert der Operation am Sympathikus klar geworden zu sein, da nach der Fülle der Publikationen am Ende der Neunzigerjahre ein merkliches Stillerwerden eingetreten ist.

Das Thema vorstehender Arbeit ist mir in liebenswürdiger Weise von Herrn Prof. Dr. Starck gestellt worden, und ich möchte ihm an dieser Stelle dafür und auch für die Ratschläge, die er mir bei Abfassung der Arbeit gegeben hat, meinen verbindlichsten Dank abstatten.

Literatur.

1. Abadie: Nature et traitement du goitre exophthalmique. Gaz. des hôpitaux, Nr. 77, 1897. Ref. Neur. Zentralblatt, Nr. 6, 1898.

2. Adam: Antithyreoidinserum bei Morbus Basedowii. Demonstration, Aerztlicher Verein in Hamburg, 24. Februar 1903. Ref. Therap. Monatshefte, Nov. 1903.

3. Babinski, J.: Behandlung des Morbus Basedowii. Société de neurologie de Paris, 7. Februar 1901. Ref. Neur. Zentralblatt, Nr. 15, 1901.

4. Balacescu: Die totale und bilaterale Resektion des Sympathicus cervicalis beim Morbus Basedowii. Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 67, 1902.

5. Ballet und Enriquez: Corps thyroide et maladie de Basedow. Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, Bordeaux 1895. La Semaine médicale, Nr. 39, 1895.

6. Ballet und Enriquez: Discussion au XIII. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de Langue Française 1903. Ref. Arch. de Neurologie 1903.

7. Bennecke: Kropfexstirpation bei Basedow'scher Krankheit. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Nr. 7, 1899. Ref. Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 14, 1900. V. B.



8. Boerma, N. J. A. F.: Ein Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Antithyreoidins. Aerztl. Rundschau, Nr. 1, 1905.

9. Bogrow, A.: Zur Frage von der physiologischen Bedeutung der Schilddrüse und ihre Rolle in der Pathologie und Therapie der Basedowschen Krankheit. Ref. Neur. Zentralblatt, Nr. 13, 1895.

10. Booth, H.: The results obtained by the operat. of partical thyreoidectomy in 8 cases of Graves disease. Ref. Zentralblatt f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chir., Nr. 21, 1899.

11. Bruns: Zur Symptomatologie des Morbus Basedowii. Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zu Hannover, Mai 1903. Ref. Neur. Zentralblatt, Nr. 12, 1903.

12. Burghart: Beiträge zur Organotherapie. Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 38, 1899.

13. Burghart und Blumenthal: Ueber eine spezifische Behandlung des Morbus Basedowii. Internationale Beiträge zur inneren Medizin, II. Bd., 1902.

14. Burghart und Blumenthal: Ueber die spezifische Behandlung des Morbus Basedowii. Ther. d. Gegenw., August 1903.

15. Burghart: Ueber die spezifische Therapie des Morbus Basedowii. Vortrag. Gehalten in der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für innere Medizin und Nervenheilkunde 31. Jänner 1904.

16. Buschan, G.: Die Basedow'sche Krankheit. (Eulenburgs Realenzyklopädie d. ges. Heilk., 3. Aufl.)

17. Cahen, Fr.: Strumektomie bei Morbus Basedowii. Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln. Sitzung 31. Jänner 1899. Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 39, 1899.

18. Caro: Operation bei Morbus Basedowii. Verein Posener Aerzte. 8. Oktober 1901. Ref. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 8, 1902.

19. Christens, S.: Vorläufige Mitteilungen über Behandlung des Morbus Basedowii mit Organopräparaten von thyreoidektomierten Ziegen. Medizin. Klinik, Nr. 5, 1905.

20. Combemale u. Gaudier: De la sympathicectomie dans le goitre exophthalmique. Académie de médicine. 19. April 1898. Gazette des hôpit., Nr. 46, 1898.

21. Dastre: Grand sympathique et goitre exophthalmique. Compt. rend. hebdom. des séances de la société de biologie. Dix. serie Tome VI., Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir., Nr. 11, 1899.

22. Dastre, H.: Die Beziehungen des Sympathikus zum Morbus Basedowii. Société de biologie de Paris, 4. Februar 1899. Ref. Neur. Zentralbl., Nr. 11, 1899.

23. Debove: Formes de la maladie de Basedow. Gazette des hôpit., Nr. 47, 1899.

24. Delaunay: Traitement de la maladie de Basedow par l'ovarine. Ref. Arch. de neurol. August 1899.

25. Deshusses: Goitre exophthalmique Résection du sympathicus cervical. La clinique ophthalmologique, 25. Februar 1903. Ref. Neurol. Zentralbl., Nr. 22, 1903.

26. Dürig: Ein Beitrag zur Serumbehandlung des Morbus Basedowii. Münch. med. Wochenschr., Nr. 18, 1905.

27. Dinkler: Zur Pathologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit. Münch. med. Wochenschr., Nr. 21, 1900.

28. Ehrhardt, O.: Morbus Basedowii. Deutsche Chirurgie, Lieferung 38, 1901.

29. Enderlen: Zwei Patienten mit Milch von thyreoidektomierten Ziegen behandelt. Aerztlicher Verein zu Marburg. 16. Juli 1903. Ref. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 13, 1904.

30. Eulenburg: Morbus Basedowii. 15. Kongreß für innere Medizin in Berlin, Juni 1897. Ref. Deutsche med. Wochenschr., Vereins-Beilage Nr. 17/18, 1897.

31. Ewald: Diskussion zu Klemperers Vortrag über innere Behandlung bei Morbus Basedowii. Ref. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 24, 1900.

32. Filliatre: Des différents traitements de la maladie de Basedow. Gazette des hôpit., Nr. 37, 1901. Thèse de Paris 1901.

33. François-Frank: Sympathicektomie und Morbus Basedowii. Académie de médecine 1899. Ref. Wien. med. Presse, Nr. 38, 1899.

34. Gérard-Marchant: De la résection bilatérale du grand sympathicus cervical dans le goitre exophthalmique. Gaz. des hôpit., Nr. 74, 1897.

35. Gérard-Marchant: Traitement chirurgical du goitre exophthalmique. Société de chirurgie, 26. Oktober 1898. Gaz. des hôpit., Nr. 25, 1898.

36. Goebel, Wilhelm: Ueber Versuche einer Serumtherapie bei Basedow'scher Krankheit. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin, Wiesbaden 1902.

37. Goebel, Wilhelm: Zur Serumbehandlung der Basedow'schen Krankheit. Münch. med. Wochenschr., Nr. 20, 1902.



38. Gowers, W. R.: Handbuch der Nervenkrankheiten. Autorisierte deutsche Ausgabe von K. Grube, 1892.

39. Gumtau, W.: Neuere Anschauungen über die Lehre der Basedow'schen Krankheit. Inaug.-Diss., Berlin 1901.

40. Hempel, H.: Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidinserum (Möbius). Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1905.

41. Hirsch: Ueber Basedow'sche Krankheit, ihren Zusammenhang mit Herzleiden und ihre Behandlung. Verlag der Aerztlichen Rundschau, München 1905.

42. v. Hoesslin: Neues zur Pathologie des Morbus Basedowii. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2, 1896.

43. Jaboulay: Le traitement chirurgical du goitre exophthalmique par la section ou la résect. du symp. cerv. Bullet. de l'académie de médecine, tome 38. Ref. Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir. Nr. 6, 1899.

44. Jndemanns, J. W. M.: Das Antithyreoidinserum (Möbius) bei der Behandlung des Morbus Basedowii. Weekblad v. hed. Nederl. Tydschr. f. Geneeskunde Nr. 17, 1904. Ref. Deutsche med. Zeitschr. Nr. 1, 1905.

45. Jonnesco: Die Resektion des Halssympathikus in der Behandlung der Epilepsie, des Morbus Basedowii und des Glaukoms. Zentralbl. f. Chirurgie Nr. 6, 1899.

46. Josionek: Das Antithyreoidin (Möbius) bei Morbus Basedowii. Med. Wochenschr. Nr. 37, 1904.

47. Kirnberger: Zur Therapie des Morbus Basedowii. Therapie d. Gegenw., Oktober 1903.

48. Klemperer, G.: Beobachtungen über den Verlauf des Morbus Basedowii bei innerer Behandlung. Berl. med. Gesellsch. Sitzung 23. Mai 1900. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 23, 1900.

49. Klemperer, G.: Ueber den Verlauf des Morbus Basedowii bei innerer Behandlung. Ther. d. Gegenw. Nr. 12, 1900.

50. Kocher, Albert: Morbus Basedowii. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 9, 1902.

51. Kollarits, E.: Behandlung der Basedowschen Krankheit. Orvosi Jectilass Nr. 2—7, 1904. Ref. Neurol. Zentralbl. Nr. 13, 1904.

52. Kraus, Fr.: Allgemeine Neurosen. (Lehrbuch der inneren Medizin. Herausgegeben von Mering. II. Aufl., 1903.)

53. Kuhnemann, W.: Ueber die Behandlung des Morbus Basedowii mit Rodagen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1904.

54. Kümmel: Vorstellung von chirurgisch behandelten Basedow-Kranken. Aerztl. Verein in Hamburg, 11. Mai 1897. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24.

55. Lanz, Otto: Ein Vorschlag zur „diätetischen“ Behandlung Basedow-Kranker. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Aerzte Nr. 23, 1899.

56. Lanz, Otto: Ueber Schilddrüsenfieber und Schilddrüsenintoxikation. Ein Beitrag zur Basedow-Frage. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 8, 1901.

57. Lanz, Otto: Weitere Mitteilung über die serotherapeutische Behandlung des Morbus Basedowii. Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1903.

58. Lax, E.: Zur organotherapeutischen Behandlung der Basedow-Kranken. Orvosi Hetilap Nr. 5, 1904. Ref. Neurol. Zentralbl. Nr. 13, 1904. Fortschr. d. Med. Nr. 10, 1904.

59. Lejars: Sur les dangers de l'intervention operative dans la maladie de Basedow. Société de chirurgie, 3. Jänner 1897. Ref. Forschritte d. Medizin Nr. 17, 1897.

60. Lemche, Joh. X.: Et Tiefälde of Morbus Basedowii behandelt met Pill. gland. thyreoideae. Hosp. Tiv. 1896. Ref. Neurol. Zentralbl. Nr. 9, 1896.

61. Lemke, F.: Ueber Frühdiagnose und Therapie des Morbus Basedowii. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1896.

62. Leroy und Veslin: Importance de l'hygiène dans le traitement du goitre exophthalmique. Presse médicale, 6. September 1902. Ref. Archives de neurol. Nr. 92, 1903.

63. Leser, E.: Spezielle Chirurgie. 6. Auflage, 1904.

64. v. Leyden, E.: Ueber Organotherapie bei Morbus Basedowii. Med. Klinik Nr. 1, 1904.

65. Libotte: Le traitement du goitre exophthalmique. Journal de neur. Nr. 25, 1899. Ref. Arch. de neur. Nr. 87, 1902.

66. Linke, Johannes: Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit nach Maßgabe der Ergebnisse der Gesamtliteratur des XIX. Jahrhunderts. Halle 1902.

67. Lorner: Antithyreoidin (Möbius) bei Basedow'scher Krankheit mit Psychose. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1905.

68. Marie, Pierre: Maladie de Basedow et goitre basedowifié. Bullet. et mémoires de la soc. méd. d. Hôp. de Paris Nr. 2, 1897. Ref. Neurol. Zentralbl. Nr. 14, 1897.

69. Marquès, H.: Contribution à l'étude des résultats de la sympathicectomie dans le goitre



exophthalmique. Thèse de Montpellier 1900—1901. Gazette des hôpitaux Nr. 89, 1901.

70. Mattiesen, Ernst: Ein Beitrag zur Pathologie, pathologischen Anatomie und chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii. Inaugural-Dissertation Erlangen 1896.

71. v. Mikulicz: Chirurgenkongreß in Berlin, April 1895. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12, 1895.

72. v. Mikulicz: Ein Fall von operativ geheiltem genuinen Basedow. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur, 23. April 1899. Ref. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Nr. 9, 1900.

73. v. Mikulicz: Operation bei Basedowscher Krankheit. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur. 28. Juni 1901. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32, 1901.

74. v. Mikulicz und G. Reinbach: Ueber Thyreoidismus bei einfachem Kropf. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 8, 1901.

75. Möbius, P. J.: Die Basedow'sche Krankheit, 1896.

76. Möbius, P. J.: Ueber die Operation bei Morbus Basedowii. Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1899.

77. Möbius, P. D.: Ueber das Antithyreoidin. Münch. med. Wochenschr., Nr. 4, 1903.

78. Mathes, Viktor: Ueber die heutigen Anschauungsweisen über Theorie und Therapie der Basedow'schen Krankheit mit kasuistischen Beiträgen. Inaug.-Dissert., Halle 1905.

79. Oppenheim, H.: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 4. Aufl. 1905.

80. Päßler, H.: Erfahrungen über die Basedow'sche Krankheit. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 6, 1895.

81. Päßler, H.: Beitrag zur Pathologie der Basedow'schen Krankheit. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 14, H. 3, 1905.

82. Péan: Sur le traitement chirurgical du goitre exophthalmique par la section ou la résection du sympath. cervical. Bull. de l'académie de méd. Tome 28. Ref. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Nr. 6, 1899.

83. Peters: Drei Fälle von Morbus Basedowii. Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1905.

84. Pitres: Le traitement du goitre exophthalmique. Congrès français de médicine 1899, Lille. Gazette des hôpit. Nr. 94, 1899.

85. Poncet, A.: Dangers des opérations dans le goitre exophthalmique. Bullet. de l'académie de méd. Tome 38. Ref. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Nr. 6, 1899.

86. Reclus und Faure: Résection bilatérale du grand sympath. cervical. dans le goitre exophthalmique. Gaz. des hôpit. Nr. 71, 1897.

87. Rehn, L.: Ueber Morbus Basedowii. 71. Versamml. der Gesellsch. deutscher Naturf. u. Aerzte. Ref. Deutsche med. Wochenschr., München 1899, Vereinsbeilage Nr. 42.

88. Rehn, L.: Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 7, 1901.

89. Reinbach, G.: Ueber die Erfolge der operativen Therapie bei Basedow'scher Krankheit. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 6, 1900.

90. Reinbach, Gg.: Ueber chirurgische Erfolge beim Morbus Basedowii. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur, 17. November 1899. Ref. Deutsche med. Wochenschr., Vereinsbeilage Nr. 13.

91. Riedel: Chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, Bd. 5, 1903.

92. Rosenfeld, Gg.: Ueber Antithyreoidinserum. Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 8, 1903.

93. Rydel, A.: Zur Rodagenbehandlung der Basedow'schen Krankheit. Charité-Annalen, 1903, 27. Jahrgang.

94. Sainton P. und B. Pisante: Trois cas de goitre exophthalmique traités par le sang et le sérum de montons éthyroidés.

95. Sänger, Alf.: Ein operierter Basedowfall. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1897.

96. Sänger, Alf.: Aerztl. Verein in Hamburg, 19. Oktober 1896. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10, 1896.

97. Silex: Sitzung der Berl. med. Gesellsch., 29. Jänner 1896. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6, 1896.

98. Sorgo, Josef: Die operative Therapie der Basedow'schen Krankheit. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1898.

99. Sorgo, Josef: Versuch mit getrockneter Muskelsubstanz thyreoidektomierter Hunde bei Basedow-Kranken. Gesellsch. f. innere Med. in Wien, 15. Mai 1902. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33, 1902.

100. Schultes: Zur Antithyreoidinbehandlung der Basedow'schen Krankheit. Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1902.

101. Schulz, J.: Ein weiterer Beitrag zur operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Beiträge z. klin. Chir., Bd. 30, H. 3, Tübingen 1901.



102. Schwartz: Goitre exophthalmique et résection des grands sympath. cervical. Bull. et mémoire de la soc. de chir. de Paris. Tome 24. Ref. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Nr. 11, 1899.

103. Schwartz: Sur le traitement du goitre exophthalmique sympath. Société de chirurgie, 16. November 1898. Gaz. des hôpit. Nr. 132, 1898.

104. Stephens, W.: Ueber die spezifische Therapie des Morbus Basedowii. Inaug.-Diss., Berlin 1903.

105. Strümpell, Ad.: Lehrbuch der spezifischen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, 15. Aufl., Bd. 3.

106. Thienger, K.: Einige Beobachtungen über Möbius' Antithyreoidin. Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1905.

107. Thomsen, Sev.: Morbus Basedowii. Strumectom. partialis. recidiv., strumectom. totalis. Hosp. Tiv. 1898, 4. R. VI. Ref. Neurol. Zentralbl. Nr. 20, 1899.

108. Tillmanns, H.: Lehrbuch der speziellen Chirurgie, 8. Aufl., 1904.

109. Tomaselli: Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Sympathicectomie. Gaz. degli ospedali Nr. 42, 1902. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 31, 1902.

110. v. Traczewski, Asar, Felix: Zur Theorie der Schilddrüse und der Therapie des Morbus Basedowii. Neur. Zentralbl. Nr. 20, 1897.

111. Troitzky: Heilung eines Falles von Morbus Basedowii nach Strumitis erysipelatosa. Ref. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Nr. 5, 1898.

112. Valençon: Du goitre exophthalmique, symptômes, pathogénie, traitement. Gaz. des hôp. Nr. 69, 1897.

113. Vigouroux: Maladie de Basedow. Académie de médecine, 11. Jänner 1898. Gazette des hôp. Nr. 5, 1898.

114. v. Voß, G.: Zur Symptomatologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33, 1903.

115. Witmer, Berta: Endresultate nach operativer Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Beiträge zur klin. Chir., Bd. 29.

116. Wolff, J.: Ueber halbseitige Strumektomie bei Morbus Basedowii. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 8. Februar 1897. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26, 1897, Vereinsbeilage.

117. Wolff, J.: Ueber die halbseitige Kropfexstirpation bei Basedow'scher Krankheit. Mitteilungen aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 3, 1898.

REFERATE.

Therapie.

Innere Medizin.

Atropin in der Behandlung des Ileus. Von E. S. Holmgren.

Es werden vier mit Atropin behandelte Fälle von Ileus nach Operationen geschildert; die im Laufe von 1—3 Tagen verabreichte Menge betrug 6—7 mg. Drei Fälle (eine Herniotomie, eine Peritonitis nach Appendizitis, ein paralytischer Ileus) genasen, einer (septische Peritonitis nach Appendizitis mit septischen Metastasen) starb; aber vorher hatte das Atropin noch reichlichen Stuhlabgang bewirkt. Vf. stellt als Indikation für Atropin auf, es nur da zu verwenden, wo kein mechanisches Hindernis vorliegt, also erst, nachdem man sich durch Operation von der Abwesenheit eines solchen überzeugt hat. — Man soll mit 2 mg beginnen und 6—8 mg pro die geben. Treten leichte mechanische Symptome auf, so gibt man kleine Morphindosen. Fleißige Darmspülungen unterstützen die Atropinkur. Denken muß man an die gelegentliche Vermehrung der Urinsekretion durch Atropin, daher eventuell häufigeres Katheterisieren! — (Upsala läkareförenings förhandl., Bd. 10, H. 4 u. 5.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Anwendung und therapeutischer Wert des Xeroforms. Von E. Bosurgi.

Vf. empfiehlt das Xeroform warm an Stelle des Jodoforms, dessen wertvolle Eigenschaften es alle besitze, dem es aber

als geruchlos und ungiftig vorzuziehen ist. Auch als innerliches Adstringens und Antiseptikum in einer Dosis von 0·5 g pro dosi, 5—7 g pro die ist es sehr zu empfehlen. — (Gazz. degli ospedali, 25. April 1905.) M. Kaufmann, Mannheim.

Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkung der Chininsalze auf den Typhusbazillus. Von C. Curlo und C. P. Goggia.

Die experimentellen Untersuchungen zeigten eine beträchtliche hemmende Wirkung der Chininsalze auf die Entwicklung, die Lebensfähigkeit und die Virulenz des Typhusbazillus, und es folgt daraus, daß das Chinin in Hinblick auf seine geringe Giftigkeit als das beste Medikament gegenüber dem Typhus zu betrachten ist. Die klinischen Untersuchungen wurden an 18 Kranken angestellt, und zwar erhielten 6 das Chinin nur per os, 3 nur intravenös, 9 auf beiden Wegen. Es ergab sich, daß die endovenösen Injektionen sehr günstig die Fieberkurve sowie die Intoxikationssymptome beeinflußten; ferner vermochten sie die Agglutinationsfähigkeit des Blutserums zu erhöhen. Ganz besonders günstig verliefen die Fälle, die sofort bei Beginn der Krankheit injiziert werden konnten. Von 18 mit Chinin behandelten Fällen starb nur einer, der schon mit peritonitischen Symptomen ins Krankenhaus kam, während die Gesamtmortalität der Typhusfälle auf der Klinik 16% betrug. Verwendet wurde zunächst eine 10%ige Lösung des neutralen, später eine 50%ige des sauren, salzsauren Salzes, beide in der Dosis von 0·5 g Chininsalz. Irgend ein unangenehmer Zwischenfall ereignete sich nicht; nur soll man die Injektionen bei sehr geschwächten Patienten in vorgerückten Stadien der Krankheit unterlassen. — (La Clin. med. Ital. Nr. 4, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber einen Todesfall durch Safranvergiftung. Von Cl. Ferraris.

Vf. fügt den wenigen bekannten Fällen von Safranvergiftung einen weiteren hinzu. Ein 26jähriges Dienstmädchen erkrankte an heftigen Leibschmerzen und Brechdurchfall, wonach Delirium, Krämpfe und schweres Koma mit Tachykardie folgten. Außer leichtestem Ikterius fand sich bei der Autopsie nichts Besonderes; der Inhalt der Magendarmkanals bestand fast nur aus Safran. Irgend welche andere Gifte ließen sich nicht finden. Wieviel Safran genossen wurde, ließ sich nicht bestimmen, ebensowenig der Zweck der Einnahme; bekannt ist nur, daß der Safran als unschädliches Abortivum gilt. — (Gazz. degli ospedali, 30. März 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Thyreoidinbehandlung der Fettsucht. Von G. Ghisellini.

Kasuistische Mitteilung: Eine 45jährige Frau, die 225 Pfund wog, wurde ohne besondere Beschwerden, auch ohne eine beschränkte Diät einzuhalten, durch Thyreoidinbehandlung innerhalb acht Monate um 65 Pfund erleichtert und völlig gesund. — (Gazz. degli ospedali, 2. Mai 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Beitrag zum Studium einiger Morphinderivate. Von P. Manca.

Vf. untersuchte die Wirkung des Morphins und seiner Derivate auf die Verdauungsekrete und die Motilität der Verdauungsorgane. Die diastatische Wirkung des Speichels wurde durch die Alkaloide deutlich vermindert, und zwar oft durch die Derivate mehr als durch das Morphin selbst. Auch die Wirksamkeit des Magensaftes bei der künstlichen Verdauung wurde deutlich beeinträchtigt; dagegen war die Einwirkung auf die Verdauungskraft des Pankreassaftes keine wesentliche; ebensowenig wurde die Fähigkeit des Pankreassaftes, Salol zu spalten, von den Präparaten beeinflußt. — Die Einwirkung auf die Magenmotilität wurde mit Hilfe der β-Naphtholprobe untersucht. Es zeigte sich, daß das Morphin die Motilität wesentlich verlangsamte, das Heroin ihm darin sehr nahe kam; etwas geringer war die verlangsamende Wirkung des Dionins, während Kodein und Peronin eher beschleunigend wirkten. —

Es sind diese Untersuchungen geeignet, gelegentlich bei der Wahl eines Narkotikums die Entscheidung zu Gunsten des einen oder des anderen Präparates herbeizuführen. — (Studi Sassaresi, 15. Februar 195.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die wissenschaftlichen Grundlagen für den Wert des Alkohols in der Therapie. Von St. Mircoli.

Vf. wendet sich gegen die Auswüchse des Antialkoholismus, die Bestrebungen, die den Alkohol selbst aus dem Arzneischatz ausmerzen wollen. Er beziehe sich auf die Untersuchungen von Atwater und Benedict, welche die Isodynamie zwischen Alkohol und Kohlehydraten dartun, auf die Arbeit von Duclaux, der nachweist, daß der Alkohol die Form ist, in der die Kohlehydrate von der Zelle verbrannt werden, auf die Untersuchungen von Stocklasa (Alkohol in den Geweben), auf die von Mazè und Perrier entdeckte Einwirkung des Alkohols auf die Entwicklung von Pflanzen, auf die von Binz konstatierte günstige Einwirkung auf die Respirationsmechanik und schließlich auf die von einer großen Reihe von Autoren festgestellte günstige Beeinflussung der Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen Infektionen durch den Alkohol. Im Anhang führt er drei Beispiele an, in denen sogar förmlicher Alkoholabusus den Organismus offenbar so gestärkt hatte, daß das betreffende Individuum in einem Falle allein unter vielen Kameraden von Malaria verschont blieb, in einem zweiten Falle allein in der Familie keine Tuberkulose akquirierte; in einem dritten Falle wurde jahrelang eine schwere chronische Tuberkulose ertragen. „Bekämpfen wir den Abusus des Alkohols; befürworten wir seinen mäßigen und heilsamen Genuß!" — (La Clinica Med. Ital. Nr. 4, 1905.)

Ueber einen durch Röntgen-Strahlen geheilten Fall von Pseudoleukämie. Von C. Gennari.

Fall mit starken Drüsenschwellungen am Hals, in der Axilla und besonders im Mediastinum, welch letztere zu Atemstörungen, Kompression von Herz, Aorta und rechtem Bronchus geführt hatten. Es bestand eine polynukleäre Leukozytose von 35.000, sowie abendliche Temperatursteigerungen. Monatelange Arsenikbehandlung war völlig erfolglos. Im März 1904 begann die Röntgen-Behandlung, zuerst alle zwei, dann alle drei bis vier Tage, fünf bis zehn Minuten lang. Nach 20 Sitzungen bereits Besserung, nach 70 im Juli kaum mehr Temperatursteigerung, wesentliche Verringerung der subjektiven Beschwerden, Halsdrüsen verkleinert, aber auffallende Größenschwankungen zeigend, 15.000 Leukozyten. Im Oktober Rezidiv; darauf 40 Sitzungen mit starker Verkleinerung der Drüsen, Herabgehen der Leukozyten auf 9000, Wohlbefinden. Am 27. Jänner war die Kur beendet, Ende März noch Wohlbefinden. — (Gazz. degli ospedali, 23. April 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Heilung der tuberkulösen Peritonitis durch die Durante'schen Jodjodkaliinjektionen. Von G. Reale.

Ermutigt durch günstige Erfolge mit der Durante'schen Kur bei Knochen- und Drüsentuberkulose, wendete Vf. subkutane Injektionen von Jodjodkali in steigender Konzentration auch bei einem Falle von Peritonitis tuberculosa an. Es handelte sich um ein 24jähriges Mädchen mit großem freien Aszites bis zur Nabelhöhe. Schon nach wenigen Injektionen schwand das Fieber, der Aszites begann zurückzugehen und die subjektiven Beschwerden ließen nach; nach der vierzigsten Injektion war der Erguß verschwunden, nach der fünfzigsten erfolgte die Entlassung bei völliger Gesundheit. — (Gazz. degli ospedali, 9. April 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber die bakterizide Wirkung des Blutes normaler und gegen den Anthraxbazillus immunisierter Tauben. Von S. Spangaro.

Plasma und Serum normaler Tauben zeigen keine deutliche bakterizide Wirkung gegenüber dem Anthraxbazillus.

Das Blut selbst dagegen zeigt eine solche sehr stark, jedoch in individuell wechselnder Intensität; das venöse Blut übt dieselbe Wirkung aus wie das arterielle. Die bakterizide Kraft überträgt sich von den korpuskulären Elementen auf das Plasma auch dann nicht, wenn das Blut nach der Entnahme noch einige Stunden steht, bevor es zentrifugiert wird. Das Blut bleibt bakterizid, solange es flüssig ist, noch stundenlang nach der Entnahme, und verliert diese Eigenschaft mit fortschreitender Gerinnung. Dem Plasma, bezw. Serum kann durch Hinzufügen von korpuskulären Elementen bakterizide Kraft übertragen werden, und zwar umsomehr, je mehr davon und besonders je mehr Leukozyten hinzugefügt werden. Im Gegensatze zum Produkte der spontanen Gerinnung kann das Serum nachkünstlicher Defibrinierung bakterizide Eigenschaften haben. — Das Blut der immunisierten Tiere hat dieselben Eigenschaften, wie das normaler, nur ist die bakterizide Kraft viel ausgesprochener. — (Il Morgagni, März—April 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Chirurgie.

Experimentelle Untersuchungen zur Entstehung der Appendizitis. Von C. van Zwalenburg in Riverside.

Von der Ansicht ausgehend, daß die Appendizitis durch Okklusion des Lumens durch einen Kotstein etc. mit sekundärer Entzündung und Nekrose des distalen Abschnittes infolge der sich ansammelnden Sekrete zustande kommt, machte Vf. folgende Versuche: Er schlang subperitoneal um die Basis des Appendix einen Katgutfaden, knüpfte ihn und spritzte dann in den distalen Teil Wasser; Druckbestimmung mit Manometer. Die Ligatur wurde nach 2—3 Stunden abgenommen. Bei der 24—48 Stunden später vorgenommenen Sektion zeigte sich dann im Wurmfortsatz eine hochgradige akute Entzündung. Legte Vf. nur die Ligatur an, ohne den Wurmfortsatz unter erhöhten Innendruck zu setzen, so stellte sich in 48 Stunden keine Entzündung ein. Holte er dann bei demselben Versuchstier die Druckerhöhung nach, so war nach 36 Stunden typische Appendizitis vorhanden. Injektion von Koli- und Staphylokokkenkulturen in den Wurmfortsatz riefen erst Entzündungen hervor, nachdem die oben beschriebene Versuchsanordnung vorgenommen war. Vf. nimmt auf Grund seiner Tierversuche an, daß auch beim Menschen dieselbe Aetiologie besteht, und daß der Okklusionsstein nur deshalb oft nicht gefunden wird, weil er bereits abgegangen ist, bevor es zur Operation kommt. — (California State Journal of Med. Nr. 1, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Zur Diagnose und Behandlung des Mammakarzinoms. Von Dr. Mauclaire in Paris.

Es kommen besonders zwei Formen des Mammakarzinoms in Betracht, das Medullärkarzinom und der Skirrhus. Ersteres entwickelt sich gewöhnlich, ohne Schmerzen zu verursachen und wächst allmählich in die Tiefe und gegen die Haut zu, wo es dann eine Einziehung der Mamilla bewirkt. Wegen seiner Neigung zu Metastasen in Pleura, Wirbelsäule und dann in Lungen und Leber, stellt es eine sehr gefährliche Form des Brustkrebses dar. Auftreten gewöhnlich in der Menopause. Infolge viel geringerer Neigung zur Metastasierung stellt der Skirrhus eine weniger gefährliche Krebsform dar, der meist alte Frauen befällt. Er kann jahrzehntelang bestehen und durch Bildung von Hautmetastasen zum Cancer en cuirasse führen. In differentialdiagnostischer Hinsicht kommen vor allem die sogenannte Pagets disease, die sich auf dem Boden eines chronischen Ekzems der Brustwarze entwickelt, die Tuberkulose und die Syphilis in Betracht. Für Gumma spricht der phagedämische Geschwürscharakter, für Tuberkulose Abszeßbildung und tuberkulöse Symptome in anderen Organen. Außerdem muß man sich vor Verwechslungen mit chronischer Mastitis hüten, die aber meist doppelseitig auftritt, im Gegensatz zum Karzinom. Die Abgrenzung gegen gutartige Geschwülste, speziell das Adenom, ist oft sehr schwer. Die Therapie

der Mammakarzinome besteht, soweit sie noch operabel sind, in einer möglichst ausgedehnten Entfernung der Mamma und der unter ihr liegenden Muskulatur mit Ausräumung der Achselhöhle. Auch die Hautdecke der Brustdrüse muß mitentfernt werden, da sich in ihr leicht Rezidive bilden. Kastration und Behandlung mit Röntgen-Strahlen, über welche Verfahren dem Vf. eigene Erfahrungen fehlen, kommen erst in zweiter Linie in Betracht. — (Journal des Practiciens, Nr. 45, 1904.)

Lewisohn, Heidelberg.

Ueber die Indikationen zur chirurgischen Behandlung des Ulcus ventriculi und seiner Folgezustände. Von B. Cichocki.

Im Verlauf des Ulcus ventriculi treten Symptome auf, gegen die der Internist machtlos wird und die einen chirurgischen Eingriff erfordern. Die dringendste Indikation zu einem chirurgischen Eingriff stellt die Perforation eines Magengeschwürs dar. Die Erfahrung lehrt, daß das in die Bauchhöhle perforierte Ulkus bei innerer Behandlung mit verschwindenden Ausnahmen eine ungünstige Prognose gibt. Nachdem die Diagnose der Perforation mit Sicherheit oder auch nur mit Wahrscheinlichkeit gestellt worden ist, tritt die chirurgische Behandlung in den Vordergrund der Betrachtung. Bezüglich der Erfolge kommt es darauf an, daß möglichst bald nach der Perforation operiert wird.

Relativ am häufigsten erfordern die durch Vernarbung eines Magengeschwürs entstandenen Stenosen des Pylorus und nachfolgenden Magenerweiterungen die Operation. Eine nicht unbeträchtliche Zahl Kranker mit derartigen Erscheinungen wird durch zweckentsprechende Diät, Magenspülungen, Massage, Elektrizität und durch die sich darnach entwickelnde kompensatorische Muskelhypertrophie dauernd geheilt. Von größter Wichtigkeit ist es, daß man mit dem chirurgischen Eingriff nicht zu lange wartet, nachdem man sich von der Nutzlosigkeit der palliativen Therapie überzeugt hat. Die Prognose der Operation ist nämlich gut, solange der Kräftezustand noch nicht zu sehr gesunken ist. Was die Art des operativen Vorgehens betrifft, so handelt es sich im wesentlichen um zwei Operationen, die Gastroenterostomie und die Pyloroplastik nach Heinecke, v. Mikulicz. Der am häufigsten bei gutartiger Stenose in Betracht kommende Eingriff ist die Gastroenterostomie. Diese kann unter allen Umständen und bei jeder Form und Genese der Striktur ausgeführt werden und bringt den sichersten Nutzen. Die Resultate derselben haben, wenn sie auch keineswegs ideal zu nennen sind, zu bemerkenswerten Fortschritten geführt. Die Mortalität ist ganz erheblich gesunken und auch die Dauererfolge haben sich gebessert.

Eine weitere Indikation zum operativen Eingriff liegt vor: a) bei profusen einmaligen oder mehrmaligen; b) bei kleineren, sich oft wiederholenden und der palliativen Behandlung nicht weichenden Blutungen. Im ersteren Falle ist die Indikation zum chirurgischen Eingriff schwer zu präzisieren. Man wird bei einmaliger abundanter Blutung in der Regel abwarten, ob nicht die Blutung von selbst steht. Mit Ruhigstellung des Magens, mit Vermeidung jeder Nahrungs- und Getränkezufuhr, eventuell durch Transfusion oder Kochsalzinfusion wird man die Katastrophe hintanzuhalten suchen. Innerliche Mittel bei einer starken Magenblutung zu geben, ist nicht allein unnötig, sondern schädlich, denn einerseits vermögen sie die blutende Stelle nicht zu beeinflussen, anderseits regen sie die Saftsekretion und damit die motorische Tätigkeit des Magens an, und gerade dies zu verhüten, ist die erste und wichtigste Aufgabe. Die Forderung der operativen Behandlung ist viel klarer und einleuchtender bei den sich wiederholenden kleineren Blutungen, wenn die Kranken hiedurch in einen Zustand hochgradiger Anämie versetzt werden. Vorbedingung ist jedoch, daß die Diagnose eines Ulkus klargestellt ist. Denn es ist nicht immer leicht, die Unter-

scheidung zwischen einer Ulkusblutung und einer Stauungsblutung infolge von Leberzirrhose oder Thrombose der Pfortader zu stellen.

Eine weitere Indikation zum chirurgischen Eingriff bilden die Verwachsungen des Magens, die nach einer durch ein Ulkus hervorgerufenen Perigastritis zurückgeblieben sind, mit den Nachbarorganen. Diese adhäsiven Verklebungen kommen als strang- oder flächenartige Verwachsungen mit der Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm und der vorderen Bauchwand vor. Die Verwachsungen sind, sobald sie sich an der hinteren Wand des Magens befinden, für den Operateur unzugänglich, verursachen jedoch keine ernsten Symptome und hemmen auch nicht bedeutend die motorische Funktion des Magens. Sobald aber derartige Verwachsungen an der vorderen Wand des Magens, bezw. sich in der Gegend des Pylorus vorfinden, verursachen sie bedeutende Schmerzen. Es werden heftige Kardialgien, namentlich bei stärkerer Füllung des Magens, ausgelöst, bald stellen sich hyperästhetische Zustände ein, die anfallsweise und vorübergehend nach körperlicher Anstrengung eintreten. Abgesehen von den bohrenden oder drückenden Schmerzen in der Tiefe, können die Adhäsionen Hindernisse für die Fortschaffung des Mageninhaltes bilden, so daß es schließlich mit oder ohne Vermittlung einer Gastrektasie zu hochgradiger Unterernährung kommt. Der objektive Nachweis solcher Verwachsungen ist sehr schwer, respektive unmöglich. Derselbe ergibt sich mehr aus den subjektiven Beschwerden, der Erfolglosigkeit der eingeschlagenen Therapie, als aus dem wirklichen Befunde. Die Perigastritis postica manifestiert sich durch die Empfindlichkeit des ersten und zweiten Lumbalwirbels, sowie der links davon gelegenen Teile bei der Perkussion und Palpation.

Schließlich ist der chirurgische Eingriff angezeigt bei andauernd starken Ulkusbeschwerden, die der internen Behandlung widerstehen und trotz wiederholter rationell durchgeführter Kuren nicht heilen. So kommen zunächst schwere Gastralgien und unstillbares Erbrechen in Betracht. Vorausgesetzt die Erfolglosigkeit der inneren Therapie, muß in diesen Fällen die Diagnose Ulkus auch durch objektive Zeichen, womöglich durch eine Hämatemesis oder Meläna, einigermaßen gestützt sein. Dazu kommen ferner Ulkusfälle, die sich durch Rezidive auszeichnen; für diese kommt die Operation namentlich dann in Frage, wenn die sozialen Verhältnisse eine langdauernde sachgemäße Behandlung sehr schwierig oder unmöglich machen. Berücksichtigt man ferner, daß viele Ulzera nicht heilen, so hat der Kranke die Chance, nicht nur von seinem augenblicklichen Leiden befreit, sondern für geraume Zeit gesund und arbeitsfähig, vielleicht dauernd geheilt zu werden. — (Inaug.-Diss., Leipzig 1904.) F. L.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ein gynäkologischer Beweis für die Nichtansteckungsfähigkeit des Krebses.

Von L. M. Bossi.

Vf. geht in seiner Arbeit von der sehr richtigen Idee aus, daß, wenn das Karzinom ansteckend wäre, d. h. direkt von Mensch zu Mensch übertragbar, dieser Umstand um so prägnanter zutage treten müßte, je häufiger und inniger der körperliche Kontakt zwischen dem gesunden und kranken Menschen stattfinde. Nirgends liegen nun in dieser Richtung die Verhältnisse günstiger als gerade beim Uterus- speziell Zervixkarzinom. Der Koitus zwischen kranker Frau und gesundem Ehemann findet längere Zeit hindurch statt, da das Karzinom besonders in den Anfangsstadien keinerlei Symptome verursacht. Dadurch wäre die Gelegenheit zur Infektion in reichlichem Maße gegeben und dies umsomehr, als die Zartheit der mit dem Karzinom in Kontakt kommenden Haut- oder Schleimhautpartien, sowie die beim Koitus auftretende Hyperämie begünstigende Momente

sind. Nach dem eben Vorausgeschickten sollte man meinen, daß wenigstens in einer Anzahl von Fällen bei Ehegatten ein Karzinom des Penis zu finden sein würde. Daraufhin wurde nun vom Vf. bei eigenen 180 Fällen recherchiert, sowie weite Umfrage bei italienischen und ausländischen Gynäkologen gehalten. Das Ergebnis war fast ausnahmslos ein negatives. Gestützt auf diese Tatsache, daß bei tausenden Fällen von Gebärmutterkrebs, wo die Möglichkeit einer Infektion durch den Beischlaf gegeben war, trotzdem kein Karzinom des Penis hervorgerufen wurde, kommt Vf. zu dem klinisch unumstößlichen Schluß, daß das Karzinom nicht infektiös ist. Damit stellt sich Vf. in einen direkten und bewußten Gegensatz zu einer großen Zahl moderner Krebsforscher, welche für die Infektionsfähigkeit des Krebses (nicht zum wenigsten auch im Hinblick auf die Fälle von „Cancer à deux") eintreten. Vf. steht auf dem Standpunkte, daß das Karzinom im Beginne eine durchaus örtlich begrenzte Erkrankung sei, die sich aller Wahrscheinlichkeit nach auf dem Boden einer anfänglich gutartigen Affektion bilde. Ganz besondere Aufmerksamkeit ist daher allen chronisch entzündlichen Affektionen der Zervixschleimhaut, die in ganz hervorragender Weise zu karzinomatöser Degeneration neigt, zu schenken. Vf. empfiehlt in Fällen, bei denen mit den gebräuchlichen Mitteln nicht bald Heilung erzielt werden kann, die erkrankten Partien der Schleimhaut zu exzidieren und eine exakte Naht anzulegen (Kollumplastik). Auch die Auskratzung dürfte in dieser Richtung prophylaktisch wirken. Schließlich spricht Vf. noch die Vermutung aus, ob nicht längere Zeit fortgesetzte Aetzungen mit chemischen Mitteln imstande wären, die im Beginne gutartige Affektion in eine karzinomatöse überzuleiten. — (Ann. di ost. gin., 1903.) Königstein.

Vaginale Totalexstirpation ohne Narkose.

Von R. Gradenwitz.

Vf. berichtet über drei Fälle, in denen die Vornahme der Totalexstirpation angezeigt war, jedoch wegen anderweitiger schwerer Erkrankung keine Narkose vorgenommen werden durfte. Es handelte sich nämlich in einem Falle um Phtise, in dem anderen um Struma, im dritten um einen schweren Grad von Myodegeneratio cordis. Vf. konnte während des Operationsverlaufes die Beobachtung machen, daß die einzig schmerzhaften Phasen der Operation die Abschnürung der breiten Bänder und der Tubenansätze waren. Von den drei Fällen ging einer nach Verlauf von $2^1/_2$ Stunden an Chok zugrunde, zwei überstanden den großen operativen Eingriff ohne Narkose sehr gut. Aus diesem Grunde glaubt Vf. das Verfahren für außergewöhnliche Ausnahmen empfehlen zu dürfen. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 17, H. 5.) Königstein.

Ueber die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter vom geburtshilflichen, gerichtlich-medizinischen und ethischen Standpunkt.

Von F. Sippel.

Die vorliegende Publikation ist eine preisgekrönte Arbeit, die ihr Entstehen einem diesbezüglichen Konkurse der Tübinger medizinischen Fakultät verdankt. Vf. hat sich in derselben mit der größten Sorgfalt und Gründlichkeit auf die gesamte einschlägige Literatur gestützt und in sehr geschickter Weise die diesbezüglichen verschiedenen Ansichten zum Vergleich gebracht, sowie auch seinen eigenen Standpunkt dargelegt. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Perforation der lebenden Frucht ist nicht nur erlaubt, sondern auch immer geboten, wenn nur von der sofortigen Entbindung die Rettung der Mutter aus offenkundiger Lebensgefahr erwartet werden kann und alle anderen Mittel entweder erschöpft oder von vorneherein ausgeschlossen sind. 2. In praxi ist die Vernichtung des kindlichen Lebens durch Abort, Kraniotomie, bezw. Embryotomie behufs Erhaltung des mütterlichen Lebens von Strafe frei, und die moderne Strafrechtspraxis vertritt einstimmig diesen Standpunkt. 3. Es gibt Fälle, in welchen nach ärztlichem Ermessen das mütterliche Leben einzig und allein durch die Aufopferung des kind-

lichen erhalten werden kann. Wenn der rettende Eingriff unterbleibt, so geht die Mutter zugrunde, deren Leben entschieden wertvoller ist, als das des Kindes. Im übrigen geht gewöhnlich das Kind unter solchen Verhältnissen ebenfalls zugrunde. Unter solchen Umständen hat der Geburtshelfer nicht nur das Recht, sondern die Verpflichtung, den das kindliche Leben vernichtenden Eingriff vorzunehmen. Einmengungen von inkompetenter dritter Seite sind aufs entschiedenste zurückzuweisen. — (Tübingen, Franz Pietzeker, 1903.) Königstein.

Laryngologie und Rhinologie.

Eine Schutzvorrichtung für den Arzt bei der Untersuchung der oberen Luftwege. Von Dr. H. Neumayer.

Bei der Untersuchung der oberen Luftwege ist der Arzt beständig der Gefahr ausgesetzt, daß der Patient ihm infektiöses Material in die Augen und an die Lippen hustet. Um solche Zufälle zu vermeiden, haben M. Schmidt und G. Killian die Anbringung einer Glasplatte zwischen dem Untersucher und dem Patienten empfohlen, welche zwar ihren Zweck erfüllt, deren allseitiger Anwendung aber ihre Zerbrechlichkeit und die Notwendigkeit eines eigenen Apparates oder einer Assistenz im Wege steht. Vf. verwendet seit längerer Zeit eine einfache und handliche Schutzvorrichtung, bestehend aus einer 12 cm hohen, 15 cm breiten und 0·2—0·3 mm dicken Platte aus Marienglas, welche an der Rückseite des Reflektors angebracht ist und zusammen mit diesem das Gesicht des Untersuchers von den Augenbrauen nach abwärts vollständig zu decken vermag, ohne den Gebrauch des Reflektors in der üblichen Weise irgendwie zu beeinträchtigen. Diese Platte wird durch zwei an der Rückfläche des Reflektors angebrachte federnde Spangen festgehalten und kann sehr leicht angebracht und wieder weggenommen werden; ihr Gewicht ist nur etwa 10 g, ihre Zerbrechlichkeit gering. Der einzige Nachteil ist, daß sie mit der Zeit verkratzt wird und dann nicht mehr vollkommen durchsichtig ist. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1905.) Weil.

Zur Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses. Von Dr. Georg Finder.

Wir können jetzt häufig den Kehlkopfkrebs schon im allerersten Stadium, wenn er nur die Stimme beeinträchtigt, diagnostizieren, oft schon mit dem Spiegel, oft erst nach einer Probeexzision. Diese ist ein meist leichter, jedenfalls durchaus belangloser Eingriff, der nur dadurch eine Zeit lang in Mißkredit kommen konnte, daß Lennox Browne die Behauptung aufstellte, gutartige Kehlkopfgeschwülste könnten infolge endolaryngealer Eingriffe eine spezielle Neigung bekommen, sich in bösartige umzuwandeln. Die Semon'sche Sammelforschung von 1889 hat dieser Lehre ein Ende gemacht und die Fälle von sogenannter Transformation, die ebenso gut ohne vorausgegangene endolaryngeale Eingriffe wie nach solchen zuweilen beobachtet wurde, als extrem selten erwiesen. Allerdings ist die richtige Deutung des mikroskopischen Bildes selbst bei vollkommen korrekter Exzision und Schnittführung zuweilen recht schwierig.

Bei solcher Frühdiagnose kommt natürlich zunächst die absolut ungefährliche endolaryngeale Operation in Betracht, welche mit dem Fortschreiten der chirurgischen Technik immer mehr an Boden verloren hat, aber für die Fälle von umschriebenem, warzen- oder polypenförmigem Stimmlippenkrebs immer noch vollkommen berechtigt ist; natürlich ist sorgfältigste Weiterbeobachtung nötig.

Die Thyreotomie lieferte anfangs schlechte Resultate, welche aber infolge von verschiedenen Modifikationen (Nachbehandlung ohne Kanüle und ohne Tamponade mit sofortiger Vereinigung der Schildknorpelplatten) sich derart gebessert haben, daß Semon 1904 über 20 Fälle mit 17 Dauerheilungen, 2 sehr zweifelhaften Rezidiven und nur einem Todesfalle berichten konnte.

Findet man auch Perichondrium und Knorpel affiziert, dann muß natürlich dieser reseziert werden, wenn nötig sogar eine ganze Larynxhälfte. Bei entsprechen-

dem Spiegelbefund kommt dieser Eingriff von vornherein zur Ausführung, bei noch vorgeschritteneren Fällen die Totalexstirpation des Larynx, oft sogar auch die des Pharynx und Gluck, der in dieser Frage ein besonderes Verdienst hat, berichtet über 22 Larynxexstirpationen mit einem Todesfalle (infolge von Jodoformvergiftung) und 34 Exstirpationen des Larynx und Pharynx mit vier Todesfällen. Diese ausgezeichneten Erfolge bei dieser einst so geringe Chancen bietenden Operation sind das Resultat technischer Verbesserungen, besonders der von Gluck eingeführten Einnähung der Trachea in die Haut und vollständigen Trennung derselben von der Wundhöhle. Diese Kranken sollten mit einem eigenen Apparate sprechen, die meisten aber lernen es, mittels eines noch nicht ganz aufgeklärten Mechanismus (wahrscheinlich, indem sie verschluckte Luft dazu benützen) sich durch Flüstersprache gut verständlich zu machen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21, 1905.) Weil.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zur Anwendung des Jothions. Von Prof. Dreser.

Der Autor setzt hier die Gründe auseinander, die sich der internen oder subkutanen Anwendung des Jothions entgegenstellen. Die epidermatische Anwendung beruht darauf, daß das Jothion durch die Haut eine allmähliche Resorption erfährt und hiebei verseift wird, so daß sich in den Geweben selbst erst das sonst per os verabreichte Jodalkali bildet. Diese also gewissermaßen lokale Behandlung des Erkrankungssitzes hat den Vorzug, daß der Gesamtorganismus einer weniger starken Jodwirkung ausgesetzt sei, als die erkrankte Körperstelle, wo wegen der daselbst stattfindenden Jothioneinreibung das Maximum der Jodkonzentration etabliert sei. Gegen die interne Anwendung des Jothions spreche seine hiebei in Analogie zum Gaultheriaöl sich manifestierende Giftigkeit, denn es werde gerade dadurch, daß es bei der Aufnahme durch die Haut zu Jodalkali verseift werde, entgiftet; gegen die subkutane Einverleibung spricht neben diesem Umstande noch ein zweites Moment, das ist seine starke Reizwirkung.

Im weiteren Verlaufe wendet sich Dreser den Fragen zu, ob Jodwasserstoffsäureester durch die Haut resorbiert werden und ob nur die leicht verdampfenden flüchtigen oder auch die fast nicht flüchtigen die Haut zu durchdringen vermögen. Seine Versuche ergaben, daß auch die nicht flüchtigen, resp. die minimal flüchtigen, wie das Jothion, resorbiert werden, und zwar nicht etwa in Dampfform, da es sich erst bei zirka 170° zersetzt, sondern als Lösung; seine Löslichkeit in der Gewebslymphe dürfte ungefähr dieselbe sein, wie in reinem Wasser (bei 38° 1·34%). Das durch die Verseifung hervorgehende Jodalkali ist das therapeutisch beabsichtigte Endprinzip des Jothions, daher ist die Frage, ob sich unverändertes Jothion, resp. organisch gebundenes Jod im Harn vorfindet, von besonderem Interesse. Diese Möglichkeit ergibt sich tatsächlich dann, wenn bei der epidermatischen Applikation große Mengen Jothions angewendet werden. Daraus ergibt sich die Zweckmäßigkeit, nicht viel Jothion auf einmal, sondern öfters kleinere Dosen einzureiben, denn so werde die zwecklose Ausscheidung organisch gebundenen Jods vermieden, es empfiehlt sich aus diesem Grunde, nicht mehr als 4·0 Jothion für eine Einreibung zu verwenden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1905.) D.

Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. Von B. Salge. **Die Behandlung der hereditären Syphilis des Säuglings.**

Für die Therapie und Prognose bedient sich der Autor einer Zweiteilung der hieher gehörigen Fälle, einmal solche, die scheinbar gesund zur Welt kommen und syphilitische Erscheinungen erst im Alter von zirka sechs Wochen aufweisen und dann solche, die mit Pemphigus syphiliticus geboren werden, Leber- und Milzvergrößerung aufweisen etc.

Für die Behandlung kommt natürlich nur Quecksilber in Betracht; in welcher



Form soll es verabreicht werden? Die sehr beliebten Sublimatbäder (1·0 Sublimat auf 20.000 Wasser) haben zwei Uebelstände: erstens wird wenig oder nichts resorbiert, wenn die Haut intakt ist, anderseits bleibt uns selbst bei erodierter oder wunder Haut die Menge des etwa resorbierten Quecksilbers unbekannt. Die Schmierkur hingegen darf wiederum nur bei intakter Haut vorgenommen werden, gibt aber häufig zu Ekzem Anlaß. Hier vergißt augenscheinlich der Autor, zu betonen, daß auch bei dieser Methode die resorbierte Quecksilbermenge unbekannt bleibt. Die einfachste Form der Quecksilbereinverleibung aber ist die innerliche; hiebei zieht Vf. dem sonst sehr beliebten Kalomel das Hydrarg. jod. flav. in Dosen von 0·005—0·01 zweimal täglich vor. Als Ideal aber, auch für die Säuglingspraxis, gilt ihm die Spritzkur, er injiziert einmal wöchentlich 2—4 mg, d. i. ein Zehntel einer Pravazspritze einer 2%igen Lösung; im ganzen sind kaum mehr als 3—4 solcher Injektionen nötig.

Neben der Allgemeinbehandlung kommt auch die lokale eventuell symptomatische in Betracht; eine solche verlangt der Schnupfen, für welchen Einblasungen von Kalomel (1 : 20 Zucker) oder Tampons mit roter Präzipitatsalbe in Verwendung kommen. Am bequemsten und billigsten seien die Soloid-Hemisintabletten, von denen ein Stück in 5 cm³ Wasser oder Kochsalzlösung zur Imprägnierung von Wattetampons dient, die mehrmals täglich eingeführt werden.

Als hauptsächlich schädliche Wirkung des Quecksilbers beim Säugling kommt die Enteritis in Betracht, die Stühle werden schleimig-blutig; wenn auch selten beobachtet, ist selbstverständlich in einem solchen Falle das Quecksilber sofort auszusetzen. Bezüglich des Einflusses der Syphilis auf Ernährung, Wachstum etc. des syphilitischen Säuglings steht der Autor entschieden auf dem Standpunkte der Minderwertigkeit des syphilitischen Individuums, und es ist daher die Wichtigkeit der Ernährung mit Frauenmilch noch mehr ins Gewicht fallend als sonst. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1905.)
D.

Kinderheilkunde.

Natriumzitrat gegen das Erbrechen der Kinder.

Die Gabe eines Kaffeelöffels einer Lösung von Natr. citric. 5·0 auf 300 Aq. dest. nach jeder Mahlzeit wird empfohlen bei Erbrechen und Diarrhöen von Säuglingen. Die Kaseingerinnsel sollen dadurch weniger voluminös und leichter verdaulich werden. Das Mittel wird schon lange und gerne von englischen Aerzten gegeben. — (Journal des Praticiens 1905.) R., München.

Die Temperatur des Säuglings während der Menstruation der Stillenden. Von Plantier.

Vf. fand bei täglichen Temperaturmessungen bei Brustkindern eine Steigerung der Temperatur während der Menses der Stillenden, offenbar hervorgerufen durch gastro-intestinale Störungen beim Brustkinde, die ebenso wie die Temperaturerhöhung nach Aufhören der Menses, ohne Nachteil für das Kind gebracht zu haben, wieder verschwanden. — (Thèse de Lyon 1904.) R., München.

Rezidivierendes, persistentes, periodisches und zyklisches Erbrechen bei Azetonämie und Magenneurose. Von Marfan.

Mit oder ohne Vorerscheinungen von Mattigkeit, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit treten im Kindesalter Anfälle von mehr oder minder häufigem Erbrechen auf, einen bis zwei Tage anhaltend, dann nach unbestimmter Pause sich wiederholend. Von chirurgischer Seite wird eine Entzündung des Appendix beschuldigt; nach Entfernung desselben geheilten Fällen stehen ebenso ungeheilte gegenüber; gastrische Störungen nervöser Kinder wurden verantwortlich gemacht. Ikterus, Leberschwellung etc. wiesen auf dies Organ als den Ort des Leidens hin.

Marfan konstatierte das ständige Vorkommen von Azeton in solchen Fällen. Nun kommt aber Azeton im Kindesalter nicht nur bei Diabetes, der in diesem Alter immer schwer verläuft, sondern bei allen Infektionskrankheiten, akuten Magendarmkatarrhen etc. vor, ohne Rücksicht

auf die Schwere der Infektion oder Höhe der Temperatur. Die Azetonurie soll eine Folge von Kohlehydratinanition sein und nach Zufuhr von solchen abnehmen. Gaben von Natr. bicarb. in großen Dosen waren ohne Erfolg. Vollkommene Enthaltung von Nahrung in fester oder flüssiger Form kann den Anfall zur Ruhe kommen lassen; Morphin wirkt palliativ. Alles in allem herrscht noch viel Dunkel in der Erkenntnis dieser Krankheit. — (Journ. des Prat., April 1905.) R., München.

Die Ernährung des Kindes vom neunten Monate an. Von Terrien.

Das Brustkind soll um den zehnten Monat entwöhnt werden, wenn es nicht besonders schwächlich und im Wachstum zurück ist, ferner womöglich nicht im Sommer wegen der Gefahr der Darmerkrankung. Die Entwöhnung soll allmählich vor sich gehen, die Brustmahlzeiten durch die Flasche nach und nach ersetzend.

Zu genannter Zeit soll das Brustkind wie das Flaschenkind anfangen, statt ausschließlicher Milchnahrung Milch mit Mehlzusatz zu bekommen, um den Nährwert der Nahrung zu steigern und ohne Erhöhung des zugeführten Flüssigkeitsvolumens über zirka 1 l eine ständige Gewichtszunahme zu ermöglichen. Man setzt zuerst zu einer Flasche Milch einen Kaffeelöffel Mehl, dann bei Gewichtsstillstand einen weiteren u. s. w. Von Mehlen kommen Hafer-, Weizen-, Reismehl, Arrowroot oder zusammengesetzte Mehle, wie sie die Industrie reichlich bietet, in Betracht.

Von 1—1$^1/_2$ Jahren ist Vf. für Fortgabe von Milch und Breien, wobei die Mahlzeiten in längeren Zwischenpausen gegeben werden sollen (5 pro die), die Einzelportion dafür größer und gehaltreicher (3 Kaffeelöffel Mehl pro 200 g Milch).

In der zweiten Hälfte des zweiten Jahres gibt Vf. nur vier Mahlzeiten, Eier, Pürees, etwas Brot oder Kuchen, Milch. Die fast ausschließliche Ernährung mit Milch in diesem Alter verwirft Vf., da solche Kinder dyspeptisch werden, blaß, blutleer aussehen, an Ekzemen leiden u. a. m. Alle diese Krankheitserscheinungen schwinden, wenn die Milchnahrung eingeschränkt, bezw. aufgegeben wird.

Im dritten Jahre wird die Nahrung abwechslungsreicher durch Zugabe von Fleisch, Fisch, Butter, Obst. Es wird berechtigterweise gewarnt, den Kindern zur Mahlzeit ein anderes Getränk als Wasser zu geben. — (Rev. française de méd. et de chir. Nr. 17, 1905.) R., München.

Zahnheilkunde.

Die Leistungsfähigkeit der modernen Zahnheilkunde, illustriert an einigen praktischen Fällen. Von R. Weiser.

In einem Falle von Urano-Coloboma posticum mediale, welches bis in die Mitte des harten Gaumens reichte, war der unregelmäßig geformte Zahnbogen des Unterkiefers wie ein Keil innerhalb des enorm weiten Bogens des Oberkiefers eingeschoben, so daß die Zähne beider Kiefer, statt aufeinanderzutreffen, aneinander vorbeiglitten und infolge dieser abnormen Bißverhältnisse in Gefahr waren, samt und sonders auszufallen. W. stellte für die unteren Zähne eine mit dem Oberkiefer genau artikulierende Brücke her, wodurch einer weiteren Deformation der Kiefer und Zähne vorgebeugt wurde. Der Obturator für den Gaumendefekt wurde aus Goldblech verfertigt und mit breiten Goldklammern an den ersten oberen Mahlzahn rechts und links befestigt. Um diese beiden Zähne für die Zukunft vor Abreibung durch die Klammern und vor Karies zu schützen, mußten sie vorher mit Goldkronen versehen werden. — Vf. weist darauf hin, daß es wichtig wäre, den Zahnarzt nicht erst lange Zeit nach Kieferresektion u. dgl. behufs Herstellung der Prothese zu Rate zu ziehen, sondern ihn bereits vor, während und unmittelbar nach der Operation beizuziehen, da nach Ausführung der Nähte und nach Anlegung des Verbandes, noch mehr aber nach Eintritt der Narbenschrumpfung die Herstellung von brauchbaren Modellen äußerst erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht wird. Auch könnte der Zahnarzt vorher bestimmen, ob ein oder mehrere

Zähne noch heilbar und als Stützen für die anzufertigende Prothese verwendbar sind. Einen solchen Fall beschreibt W. ausführlich. Es war viele Wochen nach einer Kieferresektion eine Prothese anzufertigen. Da der Kiefer zahnlos erschien und die Alveolarfortsätze, welche gemeinhin den Zahnersatzstücken als Lager dienen, reseziert waren, bot der Fall nahezu unüberwindliche Schwierigkeiten. Bei genauerer Untersuchung fand sich jedoch tief unter einer granulierenden Schleimhautstelle eine dem rechten oberen Eckzahn entsprechende Wurzel. Es gelang mit großer Mühe, diese Wurzel konservativ zu behandeln, aseptisch zu füllen und mit einer festsitzenden Krone zu versehen, an welcher sodann die ganze Prothese mittels einer breiten Goldklammer befestigt werden konnte. Der Patient trägt diesen Ersatz bereits einige Jahre, kann damit vorzüglich kauen und hat an Gewicht in überraschender Weise zugenommen. Die Erhaltung einer einzigen Wurzel war also für die weitere Existenz des Kranken von größter Bedeutung. — (Oest.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., Okt. 1904.) R. Kronfeld.

Ueber nekrotische Prozesse an den Kiefern. Von Prof. Partsch.

Beginnt man bei den eigentlichen Alveolarnekrosen, so wird man zunächst der Fälle gedenken müssen, in denen das ganze Zahnfach ohne Mitbeteiligung der äußeren Wand des Kiefers aus seiner Umgebung ausgelöst wird. Diese Fälle sind selten; die drei, welche P. beobachtete, waren durch unzweckmäßige Verwendung von Arsen als Abtötungsmittel der Pulpa hervorgerufen. Die häufigere Wandnekrose des Kiefers, die in den meisten Fällen zur partiellen Abstoßung der Alveole führt, wird wohl in den meisten Fällen hervorgerufen durch entzündliche Prozesse, welche vom Zerfall der Pulpa ihren Ausgang nehmen. Frühzeitige Eröffnung der Pulpahöhle bei schon bestehender Eiterung, schnelle Ableitung durch Inzision sind wirksame Schutzmittel zur Lokalisation der Empfindung und zur Rückbildung. Es ist wichtig, daß dabei durchaus nicht das Zahnsystem verloren zu gehen braucht. Die Zähne finden auch dann noch, wenn sie nur mit einem Teil ihrer Wand mit der Alveole in Verbindung stehen, ihre ausreichende Befestigung. Im allgemeinen soll man sich bei der Nekrose zum Grundsatz machen, nichts gewaltsam fortzunehmen, was die Natur nicht abgestoßen hat. Ernster sind die nekrotischen Prozesse, die nicht so sehr am Alveolarfortsatz als tiefer am Kieferkörper sich etablieren. Während bei jenen alle Entzündungsprodukte bei der Nähe der Mundhöhle durch das Zahnfleisch ihre Ableitung finden, ist es bei diesen schwer, den primär entzündlichen Produkten genügend Spielraum zu ihrem Abfluß zu schaffen, weil sowohl nach dem Munde zu dickere Gewebslagen, als auch nach außen zu schwer nachgebende Weichteilmassen den Eiterherd umgrenzen. Hier ist in allererster Linie Aufgabe jeder Therapie die möglichst rasche Befreiung der Knochenoberfläche von dem sie von ihrem deckenden Periost trennenden Eiter. Diese Tatsache ist nicht eindringlich genug zu betonen, weil immer noch die Furcht besteht, bei stärkeren eitrigen Entzündungen, die vom Zahn ihren Ausgang nehmen, den Zahn primär zu entfernen. Die Extraktion, schonend ausgeführt, ist nie von Schaden, im Gegenteil, stets das rascheste Heilmittel. Viel schwerer wiegt die Bedeutung der Nekrose, wenn sie den Knochen auf dem ganzen Querschnitt betrifft, denn da pflegen nicht allein die ersten einleitenden Erscheinungen der Entzündung viel schwerer und heftiger zu sein, sondern die Ausstoßung des abgestorbenen Knochenstückes ist hier von ernsteren Folgen begleitet. Wie bei einer Fraktur verschieben sich die restierenden Knochenteile, die Zahnreihe sinkt einwärts, der ganze Biß wird gestört und manchmal auf die Dauer schwer geschädigt. Hier kann nur sorgfältige Beobachtung im einzelnen Falle den richtigen Weg gewährleisten. Sobald die Gefahr der fortschreitenden Eiterung abgewendet, der Krankheitsprozeß lokalisiert ist, soll mit den Operationen am Knochen gewartet werden, bis die Lade um den Sequester so stark und fest geworden ist, daß sie nach der Aus-

nahme der abgestoßenen Knochenpartien den Bewegungen des Kiefers beim Kauen und dem Muskelzuge genügend Widerstand bietet, um eine Verschiebung der Fragmente zu verhüten und das Gebiß in seiner richtigen Stellung zu erhalten. Auch in den Fällen, in denen der Gelenkkörper verloren geht, ist eine solche zuwartende Behandlung von besonderem Werte. — Die Fälle von Totalnekrose des Unterkiefers sind wohl ausnahmslos auf hämatogene Infektion zurückzuführen. Zu leicht werden sie einer etwa vorgenommenen Zahnextraktion zur Last gelegt, sie beruhen auf Osteomyelitis des Kiefers, hervorgerufen durch embolische Infektion, und sind mit so schweren septischen Allgemeinerscheinungen, mit fortschreitender Phlebitis verbunden, daß sie tödlich enden. — (Oest.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., Okt. 1904.)

R. Kronfeld.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

I. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Helmitol.

Die innere Darreichung des Helmitol erscheint nach den Angaben von R. von Steinbüchel (Graz) indiziert: 1. Bei akuter und chronischer Zystitis und bei Pyelitis; bei ersterer eventuell als alleiniges Mittel, im weiteren Verlaufe als wirksames Adjuvans der Lokaltherapie. 2. Prophylaktisch 1—2 Tage hindurch nach einer zystoskopischen Untersuchung oder vor und bald nach einer Operation, bei welcher die Ernährungsverhältnisse oder die Funktion der Blase gestört werden. 3. Bei Bakteriurie, bei welcher es oft geradezu spezifisch zu wirken scheint.

Als Vorzüge des Helmitols gegenüber dem Urotropin hebt Vf. die energischer desinfizierende Wirkung des Mittels hervor, welche insbesondere bei stark alkalischem Harn weitaus die des Urotropins übertreffen soll; dann seine Reizlosigkeit (Ungiftigkeit) für den Verdauungs- und Harntrakt, seinen angenehmen Geschmack und seine Billigkeit. (Wien. med. Presse Nr. 5, 1905.)

Ueber Helmitol berichtet ferner M. Schwarcz (Elisabeth-Krankenhaus in Budapest). Er hat das Mittel bei verschiedenen Blasen- und Prostataaffektionen gegeben, besonders bei Prostatahypertrophie und bei Prostatitis, außerdem bei schweren Zystitiden und katarrhalischen Blasenleiden der Tabiker und Myelitiker. In allen Fällen sah er Linderung, beziehungsweise Schwinden der häufig äußerst hartnäckigen Schmerzen. Bei Myelitis wurde der mit fortwährendem Harntröpfeln, starkem Brennen, enormen Schmerzen und Entleeren von stinkendem, fauligen Harn verbundene qualvolle Zustand durch 5—6 g Helmitol im Tage gebessert. Die Schmerzen nahmen in 3—4 Tagen ab; die beim Wasserlassen auftretenden Krämpfe hörten auf, die Kapazität der Blase erhöhte sich und der Harn wurde rein; auch die ammoniakalische Gärung schwand. Nach Auslassung des Medikaments trat freilich der alte Zustand wieder ein; da aber die meisten Kranken das Präparat gut vertrugen, konnte es wiederholt zur Anwendung gebracht werden.

Bei Tabes brachte das während der Blasenkrisen gegebene Helmitol eine wesentliche Besserung des tagelang andauernden qualvollen Zustandes, indem die Schmerzen erträglicher wurden, das Blut, das mitunter tagelang im Urin auftrat, auf Helmitol schnell schwand und der Harn sich klärte. In einem Fall von Zystitis traumatischen Ursprunges, wo aus der Blase fast reiner Eiter entleert wurde, nahm der Eiter auf Verabreichung von Helmitol von

---

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Tag zu Tag ab und nach vier Wochen erhielt Vf. reinen, bakterienfreien, nicht eitrigen Urin. Bei diesem Patienten wurden allerdings auch tägliche Blasenspülungen vorgenommen. Den besten Erfolg sah Vf. auch bei katarrhalischer Zystitis. Bei Verabreichung von Helmitol trat in 4—5 Tagen wesentliche Linderung des Harndranges ein; der trübe, viele Eiterzellen und Schleim enthaltende Harn klärte sich schon Ende der ersten Woche auf und gewann seine sauere Reaktion zurück. In zwei Fällen von Prostatitis chron. postgonorrhoica war die Wirkung gleichfalls gut. Bei 5 g Helmitol täglich nahm der schmerzhafte Harndrang am sechsten Tage ab, der Harn klärte sich zum Teil auf, obwohl er noch reichlich Eiter enthielt, auch die Anschwellung ließ nach. Bei der nach 14 Tagen eingeleiteten Massage nahm der Eiter nach und nach ab und verschwand am Ende der dritten Woche. Der Schmerz hörte vollständig auf und die Prostataschwellung bildete sich vollständig zurück. Verabreicht wurden die Bayer'schen Helmitoltabletten à 0·50 g in Dosen von 3—6 g täglich in viel Wasser oder Zuckerwasser, mit letzterem eine angenehme Limonade gebend. In kohlensäurehaltigem Wasser löst sich Helmitol rascher. Unangenehme Nebenwirkungen fehlten. — (Gyogyaszat, Nr. 50, 1904.)

Einen Beitrag zur Wirkung des Citarins bei harnsaurer Diathese liefert die Arbeit von Fleret in Elberfeld.

Vf. teilt aus seiner Praxis eine Reihe von Krankengeschichten mit, die den günstigen Einfluß des Citarins bei Gichtanfällen beweisen u. a. einen Fall, bei dem ein früher mit allen möglichen Mitteln behandelter alter Gichtiker (ein 70jähriger Invalide) nach dreitägigem Gebrauch von fünfmal 2·0 g Citarin beschwerdefrei wurde. In einem weiteren Fall bewährte sich das Mittel gleich gut bei einer Nephrolithiasis auf uratischer Basis. Auf dreimal 2·0 g Citarin war der vorher an sandigen Ausscheidungen reiche Harn bereits am folgenden Tage klar und ohne Konkremente und blieb es auch während der drei Wochen, in welchen das Mittel nachher in kleineren Dosen genommen wurde. Als später wiederum Schmerzen auftraten und der Harn anfing, zu sedimentieren, hatte Citarin gleich günstigen Effekt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4, 1905.)

Fertig hat Citarin an sich selbst erprobt. Er war seit Jahren gichtkrank und hatte mit verschiedenen Badekuren etc. keine Besserung erzielen können. Nach Gebrauch größerer Quantitäten von Citarin trat ein verblüffender Erfolg ein: die Gichtknoten verschwanden beinahe vollständig, die Gelenke wurden wieder frei, nur ganz flache, rötliche, hanfkorngroße Gebilde sind zurückgeblieben. (Deutsche Praxis Nr. 12, 1904.)

Castoreum-Bromid. (Weigert) = Sal. bromat. effervescens cum Valerian. et Castoreo.

Ein leicht lösliches Brausesalz, das sich in der Behandlung von Erkrankungen des Zentralnervensystems bewährt hat. Indikation: neurasthenische Beschwerden jeder Art, Zephalalgie, Neuralgien, Schlaflosigkeit, sexuelle Neurasthenie, Krämpfe im Kindesalter, Epilepsie, Hysterie.

Die Dosierung ist einfach: Ein Meßglas, resp. ein voller Teelöffel entspricht zirka $2^1/_4$ g Erlenmeyer'scher Brommischung, 12 Tropfen kanadische Bibergeiltinktur und 20 Tropfen Baldriantinktur; es genügen in den meisten Fällen Dosen von $^1/_2$ bis 1 Meßglas, respektive Teelöffel 1—2—3mal täglich, bei Kindern entsprechend weniger. Ein Flakon mit Meßglas 2 Mark = 3 K., $^1/_2$ Flakon mit Meßglas 1·20 Mark = 1·80 K.

Der Einfluß des Gonosan in der Behandlung der Gonorrhöe.

Das Gonosan kann nach Dr. Melun (Bukarest) 1. zur Unterstützung der Lokalbehandlung dienen, indem es die Heilung in wirksamer Weise begünstigt und beschleunigt, 2. als wirksames inneres Antigonorrhoikum für sich allein verwandt werden: a) bei der gonorrhoischen Entzündung der vorderen Harnröhre mit hef-

tigen Erscheinungen, wie Schwellung der Vorhaut, Klaffen der Mündung der Harnröhre, Entzündung der Lymphgefäße, bei blutigem Ausfluß u. dgl. m., b) bei jeder akut einsetzenden Entzündung der hinteren Harnröhre, des Blasenhalses und der Blase, c) bei den akuten Entzündungen der Vorsteherdrüse, der Samenbläschen, des Samenstranges und des Nebenhodens, d) in allen den Fällen, wo eine lokale Behandlung nicht vertragen wird oder nicht durchgeführt werden kann. — (Monatsber. f. Urologie, Bd. 10, H. 1, 1905.)

Erfahrungen über das Laktagol in der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen. Von Ferd. Hegemann.

Alles in allem ermutigt die bisherige Erfahrung zu weiteren Versuchen, auch in der Privatpraxis, und zwar umsomehr, als das Mittel sich als absolut unschädlich erwiesen hat. Ob der nach den ersten Wochen günstige Einfluß auch in der späteren Zeit des Stillens besteht, läßt sich aus den Beobachtungen des Vf. nicht entscheiden. Jedenfalls glaubt Vf. im Interesse einer gesunden Säuglingsernährung das Laktagol empfehlen zu können. Es hebt zwar nicht die absolute Impotenz auf, aber es ist ein erwünschtes Stimulans bei trägen Brüsten, denn es steigert die Sekretion und erleichtert dem Kinde die Arbeit des Saugens. — (Inaug.-Diss., Gießen 1904.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Antemesin (Gelatinekapseln, deren jede 0·1 g Anästhesin enthält). Wird gegen Magenschmerzen bei der Verdauung angewandt.

Argentum fluoratum (Tachiol). In Italien versteht man unter der Bezeichnung Tachiol eine 10%ige Lösung von Fluorsilber. Da nach den Angaben der deutschen Literatur Tachiol mit Argentum fluoratum identifiziert wird, so sind die in der Literatur zu verschiedenen Zwecken gegebenen Lösungsverhältnisse mit Vorsicht aufzufassen, da man z. B. unter einer 1%igen Tachiollösung eventuell eine 0·1%ige Fluorsilberlösung zu verstehen hat. — (Mercks Berichte 1904.)

Entkalkungstabletten gegen Sklerose bestehen aus: 0·5 Natriumchlorid, 0·05 Natriumsulfat, 0·02 Magnesiumphosphat, 0·02 Natriumkarbonat, 0·02 Natriumphosphat und 0·05 Kalziumglyzerophosphat. Darsteller: Dr. H. Müller u. Co., Berlin. — (Pharm. Post, Nr. 17, 1905.)

Filmaron ist eine aus Farnwurzel hergestellte amorphe Säure, die in Form eines hellbräunlichgelben, in Wasser unlöslichen Pulvers als Anthelmintikum für Erwachsene in Anwendung kommt. Im Gegensatze zu Extr. Fil. mar. aeth. zuverlässig wirkend und ungefährlich. Dosis: 1. Rp. Ol. Ricin. 50·0, d. s. Rizinusöl; 2. Rp. Filmaron. 0·85 (— 1·0), Ol. Ricin. 7·65 (— 9·0) m. d. s. Bandwurmmittel. Anweisung: Am Abend vor der Kur 2 Eßlöffel Rizinusöl. Am folgenden Morgen um 7 Uhr das Bandwurmmittel, um 9 Uhr wieder 2 Eßlöffel Rizinusöl. Preis: Die Firma Karl Engelhard in Frankfurt a. M. fabriziert ein fertiges „Filmaron-Bandwurmmittel". Eine Schachtel desselben, enthaltend 3 Kapseln mit zusammen 0·85 g Filmaron und 12 Rizinuskapseln, kostet 2·50 Mk.

Laktophenin ist ein weißes, in 330 Teilen Wasser lösliches Pulver, das sich als Antipyretikum, Antineuralgikum und Sedativum bei Gelenkrheumatismus, Influenza, Typhus abdominalis etc. bewährt hat und als Ersatzmittel des Antipyrins gegeben wird. Auch als Hypnotikum in Dosen von 3·0. Höchste Tagesdosis 5·0 g. Anfangsdosis (nach dem Essen zu nehmen) 0·4—0·5 g.

Magnesiumperhydrol. Unter diesem Namen wird von Merck das Magnesiumperoxyd als weißes, in Wasser unlösliches Pulver in den Handel gebracht. Es besteht aus 15—20% Magnesiumperoxyd (MgO_2) und 75—85% Magnesiumoxyd (MgO). Das Präparat empfiehlt sich als innerliches Desinfiziens und Oxydationsmittel bei anormalen Gärungsvorgängen im Magen und im Darm. Die Dosis beträgt 3—4mal täglich 0·5—1 Teelöffel in Wasser eine halbe Stunde vor oder nach den Mahlzeiten. Die mild abführende Wirkung des Magnesiumoxyds ist als eine erwünschte Nebenwirkung der desinfizierenden Kraft des Peroxyds zu betrachten. — (Mercks Berichte, 1904.)

Mesotansalbe besteht aus 5 g Mesotan und 15 bis 20 g gelbem Vaselin. Die Salbe soll nach Dr. Ruhemann bei wiederholter Einreibung keine Reizerscheinungen hervorrufen und anstatt Mesotanöl angewendet werden. — (Deutsche med. Wochenschr., 1905.)

Nasturtium officinale. Der frisch gepreßte Saft, mit Koffein unter die Haut gespritzt, bewährt sich nach Zalacka als Gegengift bei Nikotinvergiftung. — (L'Union ph., 1905.)

Thiderol nennt Apotheker Hermann in Basel einen 2% Guajakol enthaltenden Sirup gegen Kehlkopf- und Lungenleiden. — (Pharm. Post, Nr. 16, 1905.)

Vasenolformalin. Ein Puder aus Vasenolpuder, 5 bis 10% Formalin und 1% Salizylsäure. Das Präparat wird nach vorheriger Waschung mit 1%igem Salizylsäurespiritus mit der Hand eingerieben und nicht eingestreut. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 20, 1905.)

Wagners Antipositin enthält angeblich Fruchtsalze und Fruchtsäuren und dient gegen Fettsucht. — (Pharm. Post Nr. 16, 1905.) (Fortsetzung folgt.)

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Ueber einige Nebennierenpräparate des Handels.

Adnephrin-Solution, eine die wirksamen Bestandteile der Nebenniere enthaltende Flüssigkeit.

Adralgin ein Gemisch von Adrenalin mit einer Verbindung von Kokain und Phenol. Zu zahnärztlichen Operationen gebraucht.

Adralgin-Chirurgicum. Kombination einer 1·5%igen Thymol-Kokainverbindung mit Adrenalin in sterilen Phiolen à 1 cm³.

Adralgin-Dentale. Kombination einer 1%igen Thymol-Kokainverbindung mit Adrenalin (Park Davis u. Co.).

Adrenalin. Zusammensetzung: Eine aus den Nebennieren gewonnene Substanz, für die Takamine die wahrscheinliche Formel $C_{10}H_{15}NO_3$ aufstellt. — Eigenschaften: Weiße kristallinische Substanz, schwer löslich in kaltem, leichter in heißem Wasser, leicht in Alkalien und Säuren, mit denen es Salze bildet. Adrenalin schmeckt schwach bitter und betäubt schwach die Geschmacksnerven. Die Lösung färbt sich leicht rot bis braun infolge von Zersetzung. Als haltbare Lösung wird angegeben: Adrenalin muriat. 0·1, Natr. chlorat. 0·7, Chloreton 0·5, Aq. dest. ad 100·0. Neuerdings kommt auch ein leicht lösliches Adrenalintartrat in den Handel. — Anwendung: Als gefäßverengendes, blutstillendes Mittel nach vorheriger Bepinselung der Operationsstelle mit Kokain.

Adrenalin-Inhalant, eine 3%ige Azetonchloroform enthaltende, 1‰ige Lösung von Adrenalin in aromatisiertem Oel.

Eucain-Adrenalinlösung für regionäre Anästhesie und Zahnextraktionen.

Adrin, ein aus Nebennieren hergestellter Körper, dessen Formel zu $C_{10}H_{13}NO_3H_2O$ angegeben wird.

Anämorenin, ein Nebennierenextrakt, das als Anästhetikum bei Zahnoperationen Verwendung findet.

Avasine. Das Präparat kommt in 1‰iger sterilisierter Lösung in den Handel und findet Anwendung als Nebennierenpräparat.

Epinephrin. Zusammensetzung: Eine unbeständige Substanz aus der Nebenniere, von der Formel $C_{17}H_{15}NO_4$, von basischer, und zwar alkaloidischer Natur. Die Base wie die Salze wirken lokal stark kontrahierend auf die Blutgefäße. — Anwendung: In der Augenheilkunde wegen der lokalen anämisierenden Wirkung in 1%iger wässeriger Lösung, von der ein Tropfen ins Auge gebracht wird. Zusatz von Epinephrin zu Kokain erhöht die anästhesierende Kraft des Kokains. Auch die Wirksamkeit von Atropin und Eserin wird durch gleichzeitige Einträufelung des Nebennierenextrakts beschleunigt.

Eudrenin enthält als wirksame Substanzen β-Eucain und Adrenalinhydrochlorid und findet Anwendung als Lokalanästhetikum in der Zahnheilkunde und kleinen Chirurgie.



Hemisine, wirksames Prinzip der Nebennieren, à 0·0003, 0·0006, 0·0012 und 0·005 in den Handel kommend. Wird als Hämostatikum und Anästhetikum wie die übrigen Nebennierenpräparate angewandt.

Kokain-Adrenalinlösung für regionäre Anästhesie und Zahnextraktionen (Cocain. mur. 0·01, Adrenalin. mur. 0·0001, Natr. chlorat. 0·008, Aq. destill. 1·0).

Kokain-Adrenalintabletten (Cocain. mur. 0·01, Adrenalin. mur. 0·0001, Natr. chlorat. 0·0499) 1 Tabl. in 1 cm³ H_2O gelöst.

Nefrina Turro ist ein Nebennierenpräparat. — (Pharm. Post, Nr. 16, 1905.)

Paranephrinlösung 1 : 1000 „Merck".

Solut. Adrenalin. hydrochloric. 1:1000 (Takamine) Parke, Davis u. Cie.

Brauns Suprarenin-Kokaintabletten (Suprarenin. boric. 0·00013, Cocain. mur. 0·01, Natr. chlorat. 0·009).

Supraren in um boricum in fester, kristallisierter, leicht wasserlöslicher Form, abgefüllt in Röhrchen à 0·065 g, welche Menge 0·05 g Suprarenin, der chemisch reinen, wirksamen Substanz der Nebennieren entspricht.

Suprarenin-Kokaintabletten nach Prof. Dr. v. Herff (Suprarenin. boric. 0·00065, Cocain. mur. 0·05, Natr. chlorat. 0·45) 1 Tablette in 50 cm³ sterilen Wassers zu lösen.

Suprarenin-Eukaintabletten (Suprarenin. boric. 0·00013, Eucain. mur. 0·01, Natr. chlorat. 0·009).

Suprareninum hydrochloricum und Suprareninum boricum in sterilen gebrauchsfertigen Lösungen von 1 g Suprareninum puriss. cryst. in 1000 cm³ physiologischer Kochsalzlösung (0·9% Na Cl).

Suprareninlösung 1:1000 „Höchst".

Suprareninum puriss. cryst., die chemisch reine, wirksame Substanz der Nebennieren, abgefüllt in Röhrchen à 0·05 g Suprareninum puriss. cryst. ist unlöslich in Wasser und wird z. B. als Zusatz zu Schnupfpulvern in einer Verdünnung von 1: 10.000 verwendet.

Paraganglin, ein „Extrakt der Marksubstanz der Nebenniere des Rindes". Eine klare gelbliche Flüssigkeit von leicht süßlichem Geschmack. Zur Wiederbelebung der gastrointestinalen Muskelspannkraft bei Magenerweiterung, Atonie, Gastrektasie, atonischer Obstipation, Darmlähmung, allgemeinen Schwächezuständen, gewissen Psychosen und Neurosen und auf gastrointestinalen Störungen basierenden Hautleiden. Dosis: Mehrmals täglich 8—10 und mehr Tropfen.

Paranephrin, ein pepton- und albumosefreies Nebennierenpräparat. Gelbliche, hygroskopische, in Wasser und Methylalkohol leicht lösliche, in Alkohol, Aether und Benzol unlösliche Masse. Wird als blutstillendes und anästhesierendes Präparat, besonders bei zahnärztlichen Operationen, auch in Verbindung mit Tropakokain angewandt. Es kommt in sterilen, gebrauchsfertigen Lösungen in den Handel.

Die Maximaldosis der Nebennierenpräparate.

Um üble Nebenwirkungen zu vermeiden, empfiehlt Müller (Wien. klin.-ther. Wochenschr., Nr. 49, 1904), auch bei kräftigen Personen in der Regel nicht mehr als 0·00005—0·00075, als Maximaldosis 0·00009—0·0001 Suprarenin oder Adrenalin einzuspritzen. In der Narkose wurde 0·00015 ohne Intoxikationserscheinung ertragen; für die Injektion in die Uterusmuskulatur bei schweren Hämorrhagien beträgt die Dosis etwa 0·00005 bis 0·0001. Bei Einführung von 0·0003 Suprarenin in die Uterushöhle sah Müller einen 10 Minuten anhaltenden vollkommenen Kollaps.

In seiner Dissertation: **Zur Kasuistik der Exstirpation von Lebertumoren unter besonderer Berücksichtigung der Adrenalinwirkung** (aus der k. chir. Klinik zu Kiel, 1904) empfiehlt Fritz Meistring, das Adrenalin in einer Lösung von 1:1000 zum Bestupfen der Wundflächen zu benützen. Man solle nach seiner Meinung, seine Anwendung nie da verfehlen,

wo, wie in seinem Falle, plötzlich auftretende parenchymatöse Blutungen die Uebersicht des Operationsfeldes behindern und somit ein Weiteroperieren unmöglich machen. Aber auch da, wo nach der Operation Blutungen auftreten, ist es den anderen blutstillenden Mitteln, Tamponade, Glüheisen vorzuziehen.

Antistreptokokkenserum Aronson. Zusammensetzung: Das Serum enthält zwei Arten wirksamer Substanzen. Die eine wird durch Immunisierung von Pferden mit hochvirulenten Streptokokken, deren Virulenz durch zahlreiche Tierpassagen erzielt ist, gewonnen. Dieser Anteil wird im Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. staatlich geprüft und stellt ein mindestens 20faches Normalserum dar. 1 cm^3 enthält 20 Immunisierungseinheiten. Die andere Art von Antikörpern wird durch Vorbehandlung der Pferde mit direkt von schweren Affektionen von Menschen ohne Tierpassage gezüchteten Streptokokken gewonnen. Dieser Anteil kann bisher zahlenmäßig nicht bestimmt werden. Das Serum wird durch einen Zusatz von 0·4% Trikresol steril und dauernd haltbar gemacht. — Anwendung: Bei Scharlach, Puerperalfieber, akutem Gelenkrheumatismus, schweren Anginen, Sepsis, Erysipel und Streptokokkeninfektion bei Phthisis pulmonum. — (Vierteljahresschr. f. prakt. Pharmazie.)

Antistreptokokkenserum, Meyers. Zusammensetzung: Serum von Pferden und Hämmeln, welche mit direkt aus menschlichen Leichen gezüchteten Streptokokkenkulturen vorbehandelt sind. — Anwendung: Gegen Angina, Kindbettfieber und Erysipel.

Antistreptokokkenserum, Paltaufs. Anwendung: Gegen Kindbettfieber, wenn dieses durch Streptokokken-Infektion hervorgerufen ist.

Perlsuchttuberkulin PTO. Darstellung: Nährbouillon von Perlsuchtbazillen wird im Brutschrank auf die doppelte Konzentration eingeengt, worauf man den Flüssigkeitsverlust durch soviel Glyzerin, respektive glyzerinhaltige physiologische Kochsalzlösung ergänzt, daß mindestens 50% Glyzerin darin enthalten sind. — Anwendung: Wie TO. Es wird mit Injektionen von $^1/_2$—1 mg in den Oberarm begonnen. — (Ph. Ztg.)

Ermüdungsantitoxin. Zusammensetzung: Serum von Pferden, denen Ermüdungstoxin (dargestellt aus dem Muskelsaft totmüder Tiere) intravenös eingespritzt worden war. — Anwendung: Als Analeptikum.

Antitetanic Dusting Powder (Antitetanus Streupulver) besteht aus gleichen Teilen Chloreton (Azeton-Chloroform) und trockenem Antitetanus-Serum. — Anwendung: Zur Vorbeugung vor Tetanus. Darsteller: Parke, Davis & Co., London. — (Pharm. Post.)

2. Anderweitige Heilbehelfe.

(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

Dr. Lübckes kombinierter Moor-Extrakt aus Eisenmoor, Eichenlohe und frischen Fichtennadeln. Durch das Verfahren von Lübcke werden aus dem Schmiedeberger Eisenmoor sämtliche lösliche Stoffe vollständig extrahiert und der Auszug durch den Zusatz von ohnehin schon im Eisenmoor enthaltenen Salzen verstärkt. Der Extrakt wird dann noch mit zerkleinerter Eichenrinde und frischen Fichtennadeln abgekocht und eingedampft. Wird 1 l dieses Extrakts einem Wasserbade von 29—30° R. zugesetzt, so erreicht man die Wirkung eines kräftigen Moor- und Lohebades. Der Extrakt hat ein von den wasserlöslichen Substanzen des Moores stammendes angenehmes Aroma. Die verbrennliche organische Substanz des Extrakts besteht aus Pflanzenfasern und gerbstoffhaltigen Bestandteilen. Die unverbrennliche Mineralsubstanz besteht aus Eisenoxyd, Aluminiumoxyd, Kalk, Magnesia, Natron und Kaliverbindungen. Eine im chemisch-technischen Laboratorium von Dr. Braun-Berlin ausgeführte Analyse des Extrakts ergab folgendes Resultat:



Sp. G. 1·1341, Gesamtfeuchtigkeit 77·95%, Gesamtrückstand 22·05%, davon: organische Stoffe 9·03%, anorganische Stoffe 12·97%, Eisen, berechnet als Eisenoxyd, 2·16%, Aluminium, berechnet als Aluminiumoxyd, 0·362%, Schwefelsäure, berechnet als SO_3, 3·53%, Chlor, berechnet als Kaliumchlorid, 3·62%, Rest: Kalzium- und Magnesiumverbindung. — Der Extrakt wird hauptsächlich zu Bädern bei der Behandlung der Ischias verwendet, ferner bei Frauenleiden, dann zur Behebung exsudativer Entzündungen des Brust- und Bauchfelles, oder Exsudation infolge von Quetschungen, Verstauchungen und Knochenbrüchen. Im „Handbuch der Therapie innerer Krankheiten" von Pentzold und Stinzing äußert sich Lenhartz in günstiger Weise über die Verwendbarkeit des Extrakts. — (Pharm. Post, 1905.)

3. Rezeptformeln.

Seborrhoea capitis:

Rp. Resorcini
Acid. tannic.
Chloral hydrat. } āā 3·0
Tinct. Benzoës 1·5
Ol. Ricini 5·0
Spirit. Vini 100·0

M. D. S. Haarwasser. Abends einzureiben.

Gonorrhöe des Weibes:

Rp. Alumnoli 0·25
Amyl. 2·0
Sacchar. 3·0
Ung. Glycerin. 0·5
Mucil. gummi gtt. III
Aq. dest. gtt. VIII

M. f. bacilli Nr. X.
S. Zum Einlegen in die Harnröhre.

Fluor albus:

Rp. Alum. crud.
Acid. boric.
Natrii biboric. } āā 30·0
Hydrastini sulfur. 0·6
Acid. carbol. liquefact.
Ol. Canellae } āā 1·0

M. D. S. Ein Kaffeelöffel voll auf einen Liter warmen Wassers zur Spülung. — (Ther. Mon.-Ber. Nr. 3, 1905.)

Dysenterie:

Rp. Ichthyoli gtt. II—VI
Xeroformi 5·0— 8·0
Antipyrini 6·8— 8·0
Bismuth. subnitr. 15·0—20·0

Lanolini et but. cacao āā q. s. ut f. supposit. Nr. X.
S. Ein- bis zweimal täglich je ein Suppositorium.

Bei gesteigerter Empfindlichkeit des Darms ist das Ichthyol durch Extr. Opii zu ersetzen. — (Kolbassenko, Fortschr. d. Med. Nr. 33, 1904.)

„Formulae magistrales Berolinenses".*)

T i n c t u r a a m a r a a c i d a:

Rp. Acidi hydrochlorici 5·0
Tincturae amarae 25·0

D. S. Dreimal täglich 15 Tropfen. 1 Dosis 0·58 Mark, 1/2 Dosis 0·39 Mark.

T i n c t u r a a n t i d i a r r h o i c a:

Rp. Tincturae Strychni 2·0
Tincturae Opii simplicis 3·0
Tincturae Cascarillae 10·0

D. S. Dreimal täglich 15 Tropfen. 1 Dosis 0·55 Mark, 1/2 Dosis 0·41 Mark.

T i n c t u r a C o p a i v a e:

Rp. Balsam. Copaivae
Tinct. arom. } āā 7·5

D. S. Dreimal täglich 15 Tropfen. 1 Dosis 0·39 Mark.

T i n c t u r a e x c i t a n s:

Rp. Tincturae Castorei 5·0
Tincturae Valerianae 10·0

D. S. Zweistündlich 10 Tropfen. 1 Dosis 0·65 Mark, 1/2 Dosis 0·41 Mark.

T i n c t u r a K r e o s o t i:

Rp. Kreosoti 6·0
Tincturae Gentianae 24·0

D. S. Dreimal täglich fünf Tropfen. (Fünf Tropfen enthalten 0·05 Kreosot.) 1 Dosis 0·71 Mark, 1/2 Dosis 0·48 Mark.

T i n t u r a P e p s i n i:

Rp. Pepsini
Acidi hydrochl. } āā 2·0
Tincturae Chinae comp. ad 30·0

D. S. Dreimal täglich 20 Tropfen in einem Weinglase Wasser. 1 Dosis 0·89 Mark, 1/2 Dosis 0·65 Mark.

---

*) Siehe Heft 2, Seite 107, Heft 3, Seite 162 und Heft 7, Seite 388.

Tinctura stomachica:
Rp. Tincturae Chinae comp.
Tincturae Rhei vinos.
Tincturae Zingiberis } āā 10·0
D. S. Dreimal täglich 30 Tropfen.
1 Dosis 0·70 Mark, 1/2 Dosis 0·46 Mark.

Pulvis antirhachiticus:
Rp. Calcii carbon. praecip. 16·0
Calcii phosphorici 7·5
Ferri lact. 1·5
Sacch. lact. 25·0
M. f. pulv. S. Eine Messerspitze auf 1/2 l Milch. 1 Dosis 0·64 Mark.

Pulvis emeticus:
Rp. Tartari stibiati 0·1
Radicis Ipecacuanhae pulv. 1·5
M. f. pulv. D. tal. Dos. Nr. II. 1 Dosis 0·85 Mark.

Pulvis expectorans:
Rp. Acidi benzoici 0·15
Camphor. trit. 0·03
Sacch. alb. 0·5
M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. X ad chart. cerat. 1 Dosis 1·05 Mark, 1/2 Dosis 0·73 Mark.

Pulvis exsiccans:
Rp. Zinci oxydati pro usu ext.
Amyli } āā 25·0
D. S. Aeußerlich. Streupulver. 1 Dosis 0·43 Mark, 1/2 Dosis 0·37 Mark.

Pulvis haemorrhoidalis:
Rp. Foliorum Sennae pulv.
Magnesiae ustae
Sacchari pulv.
Sulfuris depurati
Tartari depurati } āā 10·0
M. f. pulv. D. S. Dreimal täglich einen gestrichenen Teelöffel. 1 Dosis 0·80 Mark, 1/2 Dosis 0·63 Mark.

Pulvis laxans:
Rp. Hydrargyri chlorati 0·2
Tuberum Jalapae pulv. 1·0
M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. III. 1 Dosis 0·50 Mark.

Pulvis Plumeri:
Rp. Hydrargyri chlorati
Stibii sulfur. aurant. } āā 0·05
Sacchari pulv. 0·5
Radicis Althaeae pulv. 0·2
M. f. pulv. D. tal. Dos. Nr. X. D. S. Dreimal täglich ein Pulver. 1 Dosis 1 Mark, 1/2 Dosis 0·75 Mark.

Pulvis stomachicus:
Rp. Bismuthi subnitrici
Radicis Rhei pulv. } āā 5·0
Natrii bicarbonici 20·0
M. f. pulv. D. S. Dreimal täglich eine Messerspitze zu nehmen. 1 Dosis 0·80 Mark, 1/2 Dosis 0·56 Mark.

4. Behandlungsmethoden.

Ueber die Behandlung der Rhachitis mit Phosphorlebertran berichtet Wilhelm Tintemann in seiner Dissertation folgendes: In fast allen Fällen war eine günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden unverkennbar. Die Kinder bekamen mehr Appetit, wurden munterer, machten nach einiger Zeit Stehversuche, nahmen an Gewicht gleichmäßig zu. Der Einfluß auf die spezifisch rhachitischen Knochenveränderungen war wechselnd. In allen Fällen wurde eine weitere Zunahme der Knorpelwucherungen an der Epiphysenlinie gehemmt, in einzelnen Fällen bildeten dieselben sich zurück. Ein Einfluß auf den Schluß der Fontanellen und den unregelmäßigen Zahndurchbruch war nur in wenigen Fällen vorhanden. Ein Spezifikum gegen die Rhachitis ist also der Phosphor nicht (Vf. hat zweimal nach bereits elfmonatlicher Behandlung eine andere Therapie einschlagen müssen), er übt aber einen günstigen Einfluß auf die Allgemeinernährung des Körpers aus. Ob durch die Phosphordarreichung in den Fällen, in welchen neben der Besserung des Allgemeinzustandes auch ein Rückgang der speziell rhachitischen Knochenveränderungen beobachtet wurde, derselbe unmittelbar durch die Darreichung des Phosphors bewirkt ist, etwa durch Bildung einer Phosphorzone im Knochen, ist nicht zu entscheiden. — (Göttingen, 1903.)

Zur Therapie der Gicht.

Watson hat durch Tierversuche den Nachweis erbracht, daß ausschließliche Verabreichung von rohem Fleisch zu bedeutenden Veränderungen der Schilddrüse führt. Der immer mehr zunehmende Genuß rohen Fleisches in England führte ihn auf die Idee, die dort so häufige Gicht mit Thyreoidextrakt zu behan-

deln. Er berichtet, daß seine Versuche, die er an zwei alten Gichtfällen vorgenommen hat, zu prompten und dauernden Erfolgen führten. (Ref. möchte die Herren Kollegen bitten, diese leicht zu kontrollierenden Angaben auf ihren Wert zu prüfen und darüber an ihn zu berichten. F. L.) — (Lancet, Nr. 4250, 1905.)

Keuchhusten.

Zur Behandlung des Keuchhustens empfiehlt Stepp-Nürnberg angelegentlich das Fluoroform (Therap. Monatsh., Nr. 11, 1904). Das zur Verwendung kommende Mittel stellt eine 2—2½%ige Lösung von Fluoroform in Wasser vor, ist geschmacklos, geruchlos und vollkommen ungiftig. Bei kleinen Kindern gibt man stündlich 1 Kaffeelöffel bis Kinderlöffel voll, bei älteren einen Eßlöffel voll. Eine 3—4wöchentliche Behandlung kostet 20—30 Mark. — (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 7, 1905.)

Ueber die Therapie der hämorrhagischen Diathesen hat Bodin seine Dissertation (Leipzig 1903) geschrieben. Nach den Ergebnissen der Tierexperimente und den Erfahrungen, die von verschiedenen Autoren bei Anwendung der Kalksalze, besonders Kalziumchlorid und Calcium phosphoricum, bei Blutungen der verschiedensten Art gemacht wurden, erscheinen diese Mittel als gute Hämostatika, sowohl bei bestehenden Blutungen, als zur Verhinderung drohender. Als Radikalmittel gegen die hämorrhagischen Diathesen können die Kalksalze nicht bezeichnet werden, da es selbst bei fortgesetztem Gebrauch derselben nicht gelungen ist, die vermehrte Gerinnungsfähigkeit des Blutes aufrecht zu erhalten.

Ueber die tuberkulöse Peritonitis und ihre Behandlung berichtet die Dissertation von M. Samoilow (Berlin, 1905). Nach seinen Ausführungen und auf Grund des angeführten klinischen und pathologisch - anatomischen Materials glaubt er den Schluß ziehen zu sollen, daß, wenn bei chronischer tuberkulöser Peritonitis keine Spontanheilung eintritt, beziehungsweise die üblichen innerlichen und äußeren Maßnahmen und Applikationen keine therapeutische Wirkung haben, die zahlreichen Erfahrungen hervorragender Chirurgen und Gynäkologen zu einem chirurgischen Eingriff nicht nur berechtigen, sondern — wenigstens in einer großen Anzahl von Fällen — sogar verpflichten.

Zur Behandlung der Heufieber-Konjunktivitis empfiehlt Prof. Otto Schwarz Einträufelungen von Kokain-Suprarenin in folgender Konzentration: Cocaini hydrochloric. 0·2, Sol. Suprarenin. hydrochloric. (1prom.) 1·0, Aq. destill. ad 10; bei einigen Patienten beseitigte eine zwei- bis dreimal am Tage vorgenommene Einträufelung in den Bindehautsack die Beschwerden so gut wie vollständig; Erscheinungen seitens der Nase machten sich kaum mehr bemerkbar. Zwei der Patienten hatten vorher Dunbars Pollantin ohne nennenswerten Erfolg versucht. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1905.)

5. Varia.

Künstliche Atmung.

Herter empfiehlt folgende Kombination verschiedener Methoden:

1. Mund- und Rachenhöhle werden mittels eines über den Zeigefinger geschlagenen Taschentuches gereinigt.

2. Der Verunglückte wird darauf mit entblößtem Oberkörper und gelockerten Unterkleidern auf den Bauch gelegt, und zwar mit der Gegend der Magengrube auf ein festes, nicht zu dünnes Polster. Durch einen zwei- bis dreimaligen starken Druck auf den Rücken wird eine etwa in den Luftwegen oder im Magen befindliche Flüssigkeit herauf- und aus dem tiefliegenden Munde hinausbefördert.

3. Der Verunglückte wird dann schnell auf den Rücken gelegt, wobei das Rückenpolster die Gegend der Rippenbogen hervordrängen muß. Dadurch haben Kopf und Schultern eine tiefe Lage und weichen die Baucheingeweide vom Zwerchfell zurück.

4. Ein zu Häupten des Verunglückten kniender Helfer hält dauernd die Zunge in einem Taschentuchzipfel zwischen den Fingern.



5. Zwei andere Helfer knien seitwärts und führen — während der die Zunge haltende im Tempo seiner eigenen Atemzüge laut zählt — gleichzeitig, jeder an einem Arm, die von Silvester gelehrten Armbewegungen mit der Abweichung aus, daß sie zum Zwecke der Ausatmung den Brustkasten nicht von den Seiten, sondern mehr von vorn her zusammendrücken. Zur Unterstützung der Ausatmung übt ein Vierter, rittlings über den Verunglückten kniend, das Howard'sche Verfahren aus, wobei er die Hände am Schluß jeder Ausatmung nicht aus ihrer Lage bringen, sondern nur lüften soll, um mit ihnen zur nächsten Ausatmung schnell wieder am Platze zu sein. Dabei hat er ferner jeden Druck auf den Unterleib zu vermeiden, um nicht ein Aufsteigen von Mageninhalt zu befördern.

Sind nur drei Helfer vorhanden, so übernimmt einer zugleich die Ausführung des Howard'schen Verfahrens (mit der rechten Hand) und das Halten der Zunge (mit seiner linken). Sind dagegen nur zwei Helfer zur Stelle, so muß auch die Silvester'sche Methode einer allein vornehmen, wobei er zu Häupten des Verunglückten kniet. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 20, 1905.)

Vergiftung mit Belladonnapflaster.

Sanders berichtet über schwere Vergiftungserscheinungen, die bei einer alten Frau wenige Stunden nach Applikation eines großen Stückes Belladonnapflaster auf die Lendenwirbelgegend auftraten. Heilung trat ein nach Entfernung des Pflasters und nach Morphium- und Pilokarpin-Injektionen. — (Amer. Med. Assoc. Journ., Okt. 1904.)

Ueber Vernichtung der Larven und Nymphen der Culiciden und über einen Apparat zur Petrolierung der Sümpfe. Von Galli-Valerio und Rochaz de Jongh.

Zur Vernichtung der Larven und Nymphen der Culiciden sind diejenigen Substanzen am meisten zu empfehlen, welche die Eigenschaft besitzen, sich schleierartig auf der Wasseroberfläche auszubreiten. Die zahlreichen Experimente der Vf. haben von neuem die Tatsache festgestellt, daß unter diesen Stoffen Petroleum und Saprol die anwendbarsten sind. Soll das zu bedeckende Wasser als Trinkwasser dienen, so kann man es auch mit Oliven-, Nuß-, Mohnöl etc. bedecken. Nach Beschreibung des Apparates zur Verteilung der betreffenden Substanzen weisen die Vf. zum Schluß auf den großen Nutzen hin, welchen es für ganz Europa bieten würde, die Vernichtung der Culiciden mit Petroleum oder Saprol, wie in Amerika, vorzunehmen und dies nicht nur in den mit Malaria behafteten Zonen, sondern auch überall da, wo Mücken eine wahre Plage bilden. Gewisse Kurorte besonders hätten diesem Verfahren viel zu verdanken. — (Ther. Monatsh., Nr. 9, 1904.)

Bücher-Anzeigen.*)

Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut. Ein Leitfaden für Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. S. Ehrmann und Dr. Joh. Fick. Verlag Alfred Hölder. Wien 1905.

Mit der Redaktion einer speziellen Histopathologie der Haut beschäftigt, hält es Ehrmann für angezeigt, diesem Unternehmen, dessen Verwirklichung wir mit Spannung entgegensehen, gleichsam als Einleitung einen kurzen Abriß der histologischen Technik und allgemeinen Pathologie vorauszuschicken. Bei der Beurteilung dieser Einführung haben wir uns jedoch ausschließlich an Fick zu halten, der in gänzlicher Assimilierung der Lehren, Ansichten und Auffassungen seines Lehrers und Vorbildes in dem Leitfaden all jene technischen Vorkenntnisse, anatomischen Hinweise und histologischen Merkzeichen systematisch gruppiert, die in der Propädeutik der Dermatopathologie den Lehrplan erfüllen. Daß hiebei

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

alle Einzelheiten der Fixation, alle Etappen des Färbeverfahrens und die allgemeinen Umrisse der Hautanatomie wiederkehren, kann dem angehenden Dermatologen nur bestens zur Auffrischung seiner, in der Studentenzeit erworbenen Kenntnisse dienlich sein; doch sind die Ansprüche desselben höher zu veranschlagen und eine lückenlose Vertrautheit mit den subtilen Gewebsverhältnissen des Integuments und seiner Adnexe als unerläßliches Gebot hinzustellen. Nach der Richtung aber hat Fick seine Aufgabe nicht erweitert und auch aus den pathologischen Veränderungen nur jene Grundformen hervorgehoben, die den gröbsten Abweichungen der Deckschichte und der Lederhaut von der Norm Rechnung tragen. All das, was wir hier vermissen, scheint mit Vorbedacht für die spezielle Erörterung der einzelnen Krankheitskategorien reserviert zu sein, deren anatomische Determinierung in Ehrmann den berufensten Interpreten finden wird. Die den Leitfaden durchsetzenden anatomischen Figuren sind meist Reproduktionen der wohlbekannten vorzüglichen Rabl'schen Originale (Handbuch Mraček), eine angeschlossene färbige Tafel kopiert pathologische Koriumverhältnisse nach Präparaten Ehrmanns. N.

Die zivilrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für sich und seine Hilfspersonen. Von Fromme, Landesgerichtsdirektor in Magdeburg. Berlin W. Verlag von Fischers Nachf. Buchhandlung H. Kornfeld. 51 Seiten. Preis 1·20 Mark.

Vf. gibt eine ausführliche Darstellung der zivilrechtlichen Verantwortlichkeit des Arztes auf Grund des im Deutschen Reiche geltenden bürgerlichen Gesetzbuches. Als richterliches Mitglied des ärztlichen Ehrengerichtes für die Provinz Sachsen, weiß Vf. besser als das Gros der Juristen, wo uns Aerzte „der Schuh drückt“ und welche Stellung wir im Rechtsleben einnehmen sollten. Leider wissen aber die wenigsten Aerzte Bescheid in den einschlägigen Gesetzesbestimmungen. Wenn man auch als gewissenhafter Arzt den Ausführungen des Vfs. über den § 826, B.-G.-B., nicht in allen Punkten beistimmen kann, so ist der Vortrag, der das Heft 201 der „Berliner Klinik“ bildet, allen Aerzten in ihrem eigenen Interesse dringend zur Lektüre zu empfehlen. Freilich möchte Ref. jedem Kollegen abraten, dem Verlangen des Vfs. stattzugeben, daß der Arzt dem einen Ehegatten bezw. Verlobten von der geschlechtlichen Erkrankung des anderen Ehegatten bezw. Verlobten Mitteilung machen müsse, um zu verhindern, daß eine weitere Uebertragung der Krankheit erfolge. Es könnte dem, der dem Rat des Vf. folgen würde, sonst ergehen, wie jenem noch lebenden berühmten englischen Arzt, der einer Offiziersfrau einen Schadenersatz von nahezu einer halben Million Mark zahlen mußte, weil durch seine Mitteilung über eine in ehebrecherischem Geschlechtsverkehr erworbene geschlechtliche Erkrankung der Frau an den Bruder des im Auslande weilenden Ehemannes die Ehescheidung verursacht und die Frau aller Subsistenzmittel beraubt wurde. Und erst vor kurzem wurde von einem preußischen Gericht ein Arzt wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses (§ 300 R.-St.-G.-B.) strafrechtlich verurteilt, der einer Arbeiterfrau Mitteilung von der Tripperérkrankung der Schwester des Ehemannes gemacht hatte, um zu verhüten, daß die Krankheit auf die Kinder der Frau, die mit ihrer Tante Bett und Waschgelegenheit teilten, übertragen würde! Der Kampf der Pflichten, in den der Arzt oft kommt, ist schwer, und manchmal mag man geneigt sein, die ethische Pflicht zu reden, um Uebel zu verhüten, über die vom Strafgesetzbuch vorgeschriebene Schweigepflicht zu stellen, zumal nach den Ausführungen des Vfs. aus dem Schweigen gegebenen Falles, Schadenersatzpflicht erwachsen kann. Ref. meint aber, daß der § 300 des Reichsstrafgesetzbuches als wichtigste Grundlage des rückhaltlosen Vertrauens des Patienten zum Arzt, unbedingt nicht verletzt werden darf, daß auch kein Gericht und kein Richter den Arzt von der Pflicht des Schweigens entbinden kann, sondern nur der Patient selbst. Leider wissen das sehr viele Aerzte nicht, und sagen dem Richter oft zu viel, mehr als sie dürften und sollten. Klar, Heidelberg.

Spezialbuchhaltung für Aerzte. Von J. F. Baumann. Verlag von Th. Schrötter. Zürich 1905. 52 Seiten.

Vf. hat es unternommen, ein praktisches Konsultationenbuch auszuarbeiten und zugleich eine komplette, speziell für die Bedürfnisse des Arztes eingerichtete Buchhaltung herzustellen. Die leitenden Grundsätze für diese



Buchhaltung sind: nur soviel Bücher in Gebrauch zu nehmen, als für genaues übersichtliches Rechnungswesen unbedingt erforderlich sind. Es sind dies 1. Konsultationsbuch, 2. Journal, welches so angelegt ist, daß es Kassabuch und Memorial ersetzt. 3. Hauptbuch, in welchem die Konti nebeneinander gestellt sind, wodurch die Uebersichtlichkeit vermehrt und ein Umschlagen beim Eintragen der Posten vermieden wird. Die Anweisung zur Führung der Bücher sind sehr einfach und klar. Sie sind so gegeben, daß jeder beim ersten Durchlesen sie versteht und danach die Einträge machen kann. Ein praktischer Lehrgang zeigt, wie man von der Eröffnung dieser Buchhaltung bis zu deren Abschluß zu verfahren hat. Der Gebrauch dieser Buchhaltung bietet manigfache Vorteile und sei den Kollegen hiemit bestens empfohlen. Dr. Fritz Loeb, München.

Methodisches Kommandieren, auch als Mittel zur Kräftigung der Stimme. Von Fr. de Witt-Huberts, niederländischer Hauptmann. Mit einem Vorwort von Dozent Dr. med. W. Posthumus Meyjes. 28 Seiten. Amsterdam und Leipzig 1904. Verlag von S. L. van Looy. Preis 1 Mark.

Das Buch enthält eine für Laien bestimmte Physiologie bezw. Mechanik der Sprache oder vielmehr der Lauterzeugung durch die menschlichen Sprachwerkzeuge, indem der Vf. zu gleicher Zeit Anleitung zur Beseitigung und Ueberwindung von Fehlern in der Technik des Sprechens und Kommandierens und in der Oekonomie der Atmung gibt. Die „Methode“ des Vfs. ist leicht faßlich. Das Buch ist Offizieren, Unteroffizieren und solchen, die den Soldatenberuf ergreifen wollen, zum Studium dringend zu empfehlen, da ein richtiges, scharfes Kommando für den Dienst sehr wichtig ist. Klar, Heidelberg.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Traitement de l'Entérite muco-membraneuse, par le Dr. A. Combe, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Lausanne, 1905, 1 vol. in-18, 272 pages, avec 4 planches coloriées. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.) 3·50 fr.

Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendizitis). Bearbeitet von Dr. Eduard Sonnenburg, Berlin. Fünfte, umgearbeitete Auflage. 255 Seiten. 36 Abbildungen. Leipzig 1905. Verlag von F. C. Vogel. Preis 6 Mark.

Anatomische Vorträge für das Staatsexamen. Teil 1, 2 und 3. Von M. Fränkel. Zwei Bände. Leipzig. Verlag von H. Hartung & Sohn.

Die Krankenpflege in der ärztlichen Praxis. Von Dr. Richard Rosen in Berlin. 197 Seiten. 1902. Verlag von Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld.

Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten. Von Lipowski. Zweite Auflage. Berlin 1904. Verlag von Julius Springer. 284 Seiten.

Würzburger Abhandlungen. V. Band. 5. und 6. Heft. Das Magengeschwür. Von Dr. W. Clemm, Darmstadt. Würzburg 1905. A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch).

Die Schulkrankheiten. 1. Heft. Die Schulkurzsichtigkeit. Verkrümmungen der Wirbelsäule. Von Dr. Maximilian Munk, k. und k. Regimentsarzt. Brünn 1905. Verlag von Karafiat & Sohn.

Die Hygiene des Schulgebäudes. Vom gleichen Verfasser und Verlag.

Die Zahnpflege in Schule und Haus. Vom gleichen Verfasser und Verlag.

Typhlitis, Perityphlitis, Appendizitis. Die interne Behandlung der Entzündungen des Cökums. Von Prof. Dr. Bourget, Lausanne. Verlag von Ch. Eggimann & Co. Genf.

Die Fortschritte in der Pathologie und Therapie der kindlichen Verdauungsorgane in den Jahren 1900 bis 1903. Von Dr. Arthur Mayer. Göttingen 1905. Verlag von Vandenhoeck & Ruprecht. Preis 2·40 Mark.

Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren. Von W. Preyer. Sechste Auflage. Nach dem Tode des Verfassers bearbeitet und herausgegeben von Karl L. Schäfer. Mit dem Porträt des Verfassers. Leipzig 1905. Th. Griebens Verlag (L. Fernau). 448 Seiten. Preis 8 Mark.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Die Magenatonie und ihre Behandlung.

Von Dr. **Martin Kaufmann,** Spezialarzt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten in Mannheim.

Es bedarf kaum einer Rechtfertigung, wenn ich in den folgenden Zeilen den Versuch mache, einem Leserkreis von praktischen Aerzten die Grundzüge der Pathologie und Therapie der Atonia ventriculi vorzuführen. Während in der Sprechstunde des Spezialarztes der Atoniker ein täglich zu findender — und wegen der fast stets zu erzielenden therapeutischen Erfolge auch gern gesehener — Gast ist, wird vom praktischen Arzte die Diagnose auf Magenatonie nur selten gestellt, und doch ist die Atonia ventriculi vielleicht die wichtigste Erkrankung des Magens, weil sie eben die häufigste ist. Ich glaube nicht zu übertreiben, wenn ich behaupte, daß nicht viel weniger als die Hälfte aller Magenkranken, die den Spezialarzt aufsuchen, eine Magenatonie haben, teils mit, teils ohne komplizierende andere Affektionen; dabei ist nicht einbegriffen die große Anzahl von Fällen, in denen Magenatonie als Komplikation irgend eines anderen primären Leidens besteht. Da nun, wie gesagt, vom Praktiker nur sehr selten die Diagnose Atonia ventriculi gestellt wird, so erhebt sich die Frage, unter welcher Flagge die Atonie für gewöhnlich segelt. Sehr häufig wird statt einer Atonie ein chronischer Magenkatarrh oder eine nervöse Dyspepsie, nicht selten auch ein Ulkus oder eine Magenerweiterung angenommen. Ich werde später eingehender darauf zurückzukommen haben, wodurch sich die reine Atonie von diesen Krankheitsbildern unterscheidet. Hier habe ich zunächst festzustellen, was wir unter einer Atonia ventriculi zu verstehen haben, und auf welchen Ursachen sie beruht.

I. Begriffsbestimmung und Aetiologie.

Unter Atonie des Magens (von α privativum und τεινω ich spanne) verstehen wir eine Verminderung des „Tonus“, der „Spannkraft“ der Muskulatur, oder einfacher eine Schwäche, eine verminderte Energie derselben. An sich würde der von Boas als Ersatz für das Wort Atonie vorgeschlagene Ausdruck Myasthenie (α privativum und σθενος Kraft) das Wesen des pathologischen Zustandes sehr gut kennzeichnen; ich möchte ihn lediglich deshalb für weniger zweckmäßig halten, weil durch ihn der Eindruck erweckt werden könnte, als ob der anatomische Sitz des Leidens die Muskulatur selbst sei, was der Fall sein kann, aber durchaus nicht der Fall zu sein braucht. Für ganz unzweckmäßig halte ich dagegen den synonymen Gebrauch des Ausdruckes „motorische Insuffizienz I. Grades“ für Atonie, wie in folgendem des weiteren auseinandergesetzt werden soll.

Wenn wir uns klar machen wollen, welches die Folgen einer derartigen verminderten Energie der Magenmuskulatur sein werden, müssen wir uns zunächst über die Tätigkeit derselben in normalem Zustand unterrichten. Da wissen wir denn, daß die Magenmuskulatur zwei von einander ganz verschiedene Funktionen hat: zunächst obliegt ihr, sich energisch um den eingeführten Speisebrei zusammenzuziehen und denselben sowohl mechanisch zu verarbeiten, als auch in innige Berührung mit der Magenwand und dem von dieser abgesonderten Verdauungssaft zu bringen — Peristole; dann aber erwächst ihr die Aufgabe, den so vorbereiteten Mageninhalt zur richtigen Zeit durch den Pförtner in das Duodenum weiter zu befördern — Peristaltik. Wird nun die Muskulatur des Magens aus irgend einem Grunde atonisch und dadurch insuffizient, so kommt es zu Störungen dieser beiden Funktionen: die Störung der Peristole bewirkt, daß der Magen sich

nicht mehr energisch um seinen Inhalt zusammenzieht, sondern als schlaffer Sack die Ingesta umgibt, ja sogar durch deren Gewicht abnorm ausgedehnt wird; die Störung der Peristaltik äußert sich darin, daß die Speisen nicht mehr innerhalb der normalen Zeit in den Darm befördert werden, sondern abnorm lange im Magen liegen bleiben: in diesem Falle führt also die Atonie, bezw. Insuffizienz der Muskulatur zu einer motorischen Insuffizienz des Magens. Es erhebt sich nun die Frage, ob die Störung der Peristole und der Peristaltik stets mit einander verbunden sein müssen (in welchem Falle dann ja Atonie und motorische Insuffizienz des Magens schließlich dasselbe bedeuten würden) oder ob Störungen der Peristole ohne solche der Peristaltik, bezw. Störungen der Peristaltik ohne solche der Peristole vorkommen. In der Tat verhält es sich so, daß die leichteren Grade der Atonie lediglich zu Störungen der Peristole führen und die Peristaltik unbeeinflußt lassen: Der Magen verliert die Fähigkeit, sich energisch um die Ingesta zu kontrahieren, besitzt aber noch die Kraft, dieselben zur rechten Zeit in den Darm weiter zu schaffen: ein solcher Magen ist also wohl atonisch, aber nicht motorisch insuffizient. Wird die Atonie stärker, dann leidet auch die Peristaltik; der Magen entleert sich nicht mehr zur rechten Zeit und wird in mehr oder minder hohem Grade motorisch insuffizient. Atonie und motorische Insuffizienz ersten Grades sind also nach unserer Auffassung durchaus nicht identische Begriffe; ein atonischer Magen führt häufig zu einer leichten motorischen Insuffizienz, er kann sogar zu einer sehr schweren motorischen Insuffizienz führen (ein Vorkommnis, das die erfahrensten Autoren teils für sehr selten, teils für relativ häufig erklären). Die motorische Insuffizienz gehört aber durchaus nicht notwendig zum Begriffe Atonie.

Diese Auffassung des Begriffes Magenatonie ist im wesentlichen diejenige, welche von der Mehrzahl der Autoren, ganz besonders von der Ewald'schen Schule und von Stiller (Budapest), verfochten wird. Statt vieler zitiere ich hier nur Stiller: „In meinem langjährigen Studium der Enteroptose, dem eigentlichen Nährboden der Magenatonie, bin ich zur Ueberzeugung gelangt, daß die Atonie keineswegs identisch sei mit motorischer Insuffizienz, sondern daß es ein Stadium gebe, wo bloß der Tonus der Magenmuskulatur, die Peristole, geschwächt ist, während die Peristaltik de norma noch ihre Schuldigkeit tut. Doch ist sie so labil, daß die geringste Mehrleistung sie ins Wanken bringt, so daß episodisch Störungen der Triebkraft sich geltend machen.“ — Es sei aber auch nicht verschwiegen, daß andere Autoren eine Atonie ohne verzögerte Entleerung nicht anerkennen, so speziell aus der Boas'schen Schule Elsner. Es wird sich später Gelegenheit finden, auf seinen Standpunkt näher einzugehen.

Fragen wir nun nach der Aetiologie der Magenerschlaffung, so ist es ohneweiters selbstverständlich, daß alle diejenigen pathologischen Zustände, die zu einer Stenosierung des Pylorus führen (Karzinom, Ulkusnarben, außerhalb des Magens gelegene Tumoren etc.) allmählich zu einer Atonie des Magens führen, welche die höchsten Grade motorischer Insuffizienz im Gefolge haben kann. Weiter lehrt uns die Erfahrung, daß auch nicht stenosierende Karzinome häufig (aber durchaus nicht immer!) schon frühzeitig zu Erschlaffungszuständen der Magenmuskulatur führen; wenn die Infiltration der Muskulatur durch das Krebsgewebe nicht ausgedehnt genug ist, um diese Atonie zu erklären, so müssen toxische Einflüsse die Schuld tragen. Gelegentlich kommt es auch vor, daß einfache chronische Magenkatarrhe zu atonischen Zuständen der Magenmuskulatur führen. Hier haben wir uns mit allen den genannten Möglichkeiten, in denen die Atonie lediglich als Komplikation zu einem anderen primären Leiden hinzutritt, nicht zu beschäftigen; wir haben es nur mit den Formen der Atonie zu tun, in denen die Erschlaffung der Magenmuskulatur das primäre Leiden darstellt.

Eine ganze Reihe von Faktoren hat man als Ursache der Magenatonie angeschuldigt. Häufige allzu starke Belastung des Magens durch Speise und Trank,



Schwächung der Innervation des Magens durch zentrale Ursachen, Schwächung der Muskulatur durch kachektisierende, akute und chronische Krankheiten, durch Anämie, Chlorose, Tuberkulose, Typhus u. a. m., weiter Magensenkung (ihrerseits wieder samt der meist dabei befindlichen Wanderniere, hervorgerufen durch allzu starkes Schnüren, häufige Geburten), ferner alle möglichen Affektionen des Darmes und der übrigen Bauchorgane (habituelle Obstipation, Cholelithiasis etc.), hat man als Ursachen der Magenatonie in Betracht gezogen. Es kann durchaus nicht geleugnet werden, daß alle diese Momente gelegentlich die ihnen zugeschriebene Rolle spielen können und auch tatsächlich spielen. So kann es z. B. sicher vorkommen, daß häufige Geburten bei schlechter Wochenbettpflege eine derartige Erschlaffung der Bauchwand herbeiführen, daß die Bauchorgane ihre normale Stütze verlieren, herabsinken, und daß dabei der seines normalen Widerlagers beraubte Magen größere Kraft zur Austreibung seines Inhaltes anwenden muß und atonisch wird. Allein für die meisten Fälle haben die genannten Momente höchstens Anspruch darauf, als Gelegenheitsursachen, als auslösende Momente betrachtet zu werden. Die größte Anzahl der Atonien ist nicht hervorgerufen durch eine derartige Gelegenheitsursache, sondern bildet den integrierenden Bestandteil einer angeborenen allgemeinen Atonie, einer Asthenia universalis congenita, einer allgemeinen Körperschwäche. Stiller sagt: „Die Magenatonie ist nur ausnahmsweise eine lokale, rein muskulöse, durch örtliche Faktoren erworbene Krankheit. Alle von den Autoren sorgfältig beschriebenen Ursachen .... sind an Häufigkeit verschwindend gegen die mächtige Ueberzahl, wo die Affektion auf einer angeborenen, allgemein nervös-atonischen Anlage beruht." In ähnlichem Sinne äußern sich Kuttner und Cohnheim, welch letzterer die Atonie als „Teilerscheinung einer allgemeinen Konstitutionskrankheit" bezeichnet. Das Wesen dieser Konstitutionskrankheit, der Asthenia universalis congenita, ist also eine allgemeine Schwäche der Konstitution, eine gewisse Labilität aller Funktionen, ohne daß irgendwelche schwerere pathologische Veränderungen eines Organs vorhanden wären. Es handelt sich meist um schmalbrüstige, muskelschwache, fettarme Individuen mit spitzem Rippenwinkel, mit Anämie und Nervosität, mit Schlaffheit des Magens und Darmes, mit Senkung der Bauchorgane und mit dem später noch ausführlich zu besprechenden Stigma einer mangelhaften Fixation der zehnten an die neunte Rippe. Der atonische Magen ist also lediglich ein Bestandteil dieser ungemein häufigen Konstitutionskrankheit, und die Magenatonie stellt sich im Lichte dieser Lehre nicht als die Folge einer Gastroptose dar, sondern als derselben völlig koordiniert. Ebenso verhält es sich mit einer Reihe anderer angeführter Ursachen; so haben wir z. B. die habituelle Obstipation, mit der die Magenatonie häufig zusammen vorkommt, nicht als Ursache, auch nicht als Folge, sondern als gleichberechtigte, begleitende Affektion zu betrachten. — Nochmals sei aber hier betont, daß diese Auffassung lediglich für die große Mehrzahl der Fälle von Magenatonie zutrifft, und die Ausnahmen, wo also irgend welche lokale Ursachen die Atonie bedingen, keineswegs ganz seltene Vorkommnisse darstellen.

II. Symptome.

Da nach den vorangegangenen Auseinandersetzungen die Magenschlaffheit als ein in der ganzen Konstitution des Individuums begründetes angeborenes Leiden zu betrachten ist, so ist es nicht zu verwundern, daß sich die Klagen der Patienten über lange Zeiträume erstrecken. Perioden, in denen die Atonie gar keine Beschwerden macht, wechseln mit solchen, in denen sich die Patienten schwer krank fühlen; dazwischen kommen wieder Zeiten, wo sie ohne schweres Krankheitsgefühl durch beständige leichte Beschwerden belästigt werden und so zu keinem rechten Lebensgenuß kommen können. Fälle, wo ständig ein schwereres Krankheitsbild besteht, sind sehr selten; weit häufiger finden wir Individuen, bei denen sich leichte Atoniebeschwerden

durch das ganze Leben oder wenigstens die ganze Blütezeit desselben hinziehen. Nicht ganz selten aber kommt es auch vor, daß ein Magen mit allen objektiven Zeichen der Atonie seinem Träger nie irgend welche Beschwerden verursacht. In solchen Fällen ist dann die Frage am Platze, ob wir überhaupt berechtigt sind, von dem Bestehen einer Atonie zu sprechen.

Gerade dieser Punkt ist es, der in den letzten Jahren Anlaß zu lebhaften Kontroversen gegeben hat. Ein Teil der Autoren, vor allem in mehreren Publikationen Elsner, in jüngster Zeit Rubinstein, geben der Ueberzeugung Ausdruck, daß wir trotz Magenplätscherns und beweglicher zehnter Rippe, Symptome, die wir als objektive Zeichen der Magenatonie anzusehen gewöhnt sind, nicht die Berechtigung haben, bei völliger und dauernder Beschwerdelosigkeit von einer pathologischen Erschlaffung des Magens zu sprechen. Mit Stiller, Kuttner, Rosenbaum u. a. möchte ich dieser Ansicht nicht das Wort reden. Die Latenz und Symptomlosigkeit eines Leidens beweist nichts gegen sein Vorhandensein. Ein leichter Herzfehler, eine chronische Nephritis können Jahrzehnte lang bestehen, ohne daß der Träger je Beschwerden davon hat; es wird aber niemand einfallen, zu behaupten, daß der Patient, der ständig die Zeichen einer Mitralinsuffizienz, bezw. eine leichte Albuminurie darbietet, ganz gesund sei. Finden wir also jene Symptome, die uns objektiv einen atonischen Magen kennzeichnen, so sind wir auch berechtigt, anzunehmen, daß das betreffende Individuum eine Atonie des Magens hat, auch dann, wenn keine subjektiven Beschwerden vorliegen. Und forscht man in solchen Fällen recht genau, so wird man doch nicht allzu selten hören, daß der Magen gelegentlich größeren Anforderungen gegenüber versagt. Es kann nicht geleugnet werden, daß es Fälle gibt, die sich trotz objektiv bestehender, klassischer Atoniesymptome auch gegenüber der exaktesten Anamnese bezüglich der subjektiven Beschwerde ganz negativ verhalten; doch bilden sie sicher seltene Ausnahmen. Gelegentlich kommt es auch vor, daß eine derartige, lange Jahre hindurch latent bestehende Atonie lediglich eines auslösenden Momentes bedarf, um manifest zu werden. So habe ich vor kurzem einen Mann in Behandlung gehabt, der bis zu seinem 34. Lebensjahre niemals irgendwelche Störungen von Seiten seines Magens bemerkt hatte. Vor einigen Monaten hatte er eine leichte Intoxikation durch Einatmen von Phosgengas erlitten, von der er sich bald erholte. Wenige Wochen später traten nun neben Herzbeschwerden Störungen von Seiten des Magens auf: Druck nach dem Essen, Aufstoßen, Appetitlosigkeit. Die Untersuchung ergab bei dem recht wohlgenährten Patienten zwei Stunden nach Flüssigkeitsaufnahme lautes Plätschern, sowie eine deutliche, wenn auch nicht sehr ausgesprochene Beweglichkeit der zehnten Rippe. Bei dem Patienten bestand sonach eine Atonie, die er, wie die bewegliche zehnte Rippe besagt, latent schon lange mit sich herumtrug, die aber erst durch die Phosgengasvergiftung, bezw. den durch sie bedingten psychischen Chok manifest geworden ist. In der Tat verschwanden unter einer geeigneten Therapie die subjektiven Beschwerden bald völlig, das Plätschern jedoch blieb. — Es handelt sich bei dieser Kontroverse nicht am Ende lediglich um eine Doktorfrage, sondern die Angelegenheit besitzt ein großes praktisches Interesse. Wer den Begriff der latenten Atonie nicht anerkennt, wird prophylaktische Diätverordnungen bei den in Frage stehenden Fällen für eine unnütze Quälerei halten, während diejenigen, welche in jedem Falle von Magenplätschern bei vorhandener Beweglichkeit der zehnten Rippe eine Atonie auch bei mangelnden subjektiven Beschwerden diagnostizieren, eine derartige Prophylaxe für dringend indiziert erachten müssen.

Die Klagen, mit denen die Kranken mit Magenatonie den Arzt aufsuchen, sind recht mannigfaltiger Art und ebensowenig typisch wie bei den meisten anderen Magenerkrankungen. Dies ist nicht weiter verwunderlich; haben wir es doch oft nicht mit einer reinen Magenatonie

zu tun, sehr häufig vielmehr mit einem mehr oder weniger durch Komplikationen getrübten Krankheitsbild, Komplikationen, die teils mit der allgemeinen Asthenie zusammenhängen: Hyperchlorhydrie oder Hypochlorhydrie, chronische Obstipation, Ren mobilis u. a., teils aber auch als Folgezustände der Atonie zu betrachten sind, so z. B. chronische Magenkatarrhe. Immerhin läßt sich ein Symptomenbild beschreiben, das besonders oft wiederkehrt: Der Kranke kommt in die Sprechstunde mit Klagen über Druck in der Magengegend; häufig wird dieser Druck zunächst als Schmerz, ja als Krampf bezeichnet; forscht man jedoch etwas genauer, so erhält man fast ausnahmslos das Zugeständnis, daß ein eigentlicher Schmerz gar nicht vorhanden ist, sondern lediglich ein Gefühl von Druck im Epigastrium, oft auch ein Gefühl von unangenehmer Völle. Häufig besteht das bezeichnete Gefühl den ganzen Tag über; meist jedoch tritt es entweder überhaupt nur nach der Mahlzeit auf oder es wird nach derselben wenigstens intensiver. (Bei Komplikation mit stärkerer Hyperazidität geben die Kranken oft an, daß die Beschwerden erst zirka $1^1/_2$—2 Stunden nach der Mahlzeit auftreten und dann durch erneute Nahrungszufuhr vermindert oder ganz beseitigt werden.) — Erbrechen ist bei unkomplizierter Atonie ein recht seltenes Ereignis, häufiger findet man bald stärkeren, bald schwächeren Brechreiz, und sehr häufig beklagen sich die Kranken über lästiges Aufstoßen, das bei stärkerer Hyperazidität oft mit Sodbrennen einhergeht. Recht oft wird auch über schlechten Geschmack im Mund geklagt. Der Appetit ist wechselnd; bald erzählen die Kranken, daß sie ganz normale Eßlust haben, aber aus Furcht vor den Beschwerden nicht wagen, sich satt zu essen; bald auch ist die Appetenz mehr weniger vermindert. — Fast ausnahmslos wird Klage geführt über starke Obstipation. Die Patienten bekommen meist von selbst überhaupt keinen Stuhl, sondern sind seit langem an Abführmittel aller Art gewöhnt. Forscht man weiter, so erfährt man meist, daß der Patient von jeher einen schwachen Magen gehabt habe, daß es aber seit einigen Wochen oder Monaten gar nicht mehr recht ins Geleise kommen wolle. Daneben werden dann, besonders von Frauen, oft noch ein ganzes Heer nervöser Beschwerden vorgebracht, auf die näher einzugehen ich mir hier ersparen kann. Erwähnen möchte ich nur noch, daß Kopfweh und Schwindel sehr häufige Begleiterscheinungen der Magenatonie sind. Ganz besondere Beachtung aber verdient das psychische Verhalten der Kranken. Der beständige Druck im Magen, das ewige Aufstoßen, das Gefühl, nie recht gesund zu sein, wirkt auf das Gemüt sehr vieler Kranker — und nicht bloß nervöser Frauen — in hohem Grade deprimierend ein, und sehr häufig setzt sich bei ihnen die Ansicht fest, an einem schweren und vielleicht unheilbaren Magenleiden erkrankt zu sein, an einem Magengeschwür oder gar an einem Magenkrebs. Dies veranlaßt die Kranken, beständig an ihren Magen zu denken, den lästigen Symptomen eine noch größere Aufmerksamkeit zu schenken, wodurch dieselben dann um so lästiger und schwerer empfunden werden. Bei dem Kapitel Therapie werde ich auf diesen wichtigen Umstand näher einzugehen haben.

Weitaus charakteristischer als die subjektiven Beschwerden der Patienten gestaltet sich das objektive Symptomenbild der Magenatonie. Es handelt sich meist um blasse, fettarme und muskelschwache Individuen, oft mit ausgesprochen paralytischem Thorax. Doch durchaus nicht ausnahmslos: wie ich oben von einem wohlgenährten Mann mit typischer Atonie gesprochen habe, so sehe ich gar nicht selten Atonien bei zwar blassen und fettarmen, aber muskulösen Arbeitern. Nicht selten findet man Schrumpfungsprozesse auf einer Lungenspitze; gelegentlich, aber nicht einmal besonders häufig, ein systolisches Geräusch am Herzen. Sehr oft sind die Stigmata der Neurasthenie festzustellen: herabgesetzter Rachenreflex, gesteigerte Periost- und Sehnenreflexe, Dermatographie, Zittern der geschlossenen Lider, der herausgestreckten Zunge, der gespreizten Finger. Der Puls

ist oft von abnormer Frequenz, meist vermehrt; gelegentlich aber tritt auch ausgesprochene Bradykardie auf, wodurch sich der Symptomenkomplex dann dem von v. Noorden und später in einer aus der v. Noorden'schen Klinik stammenden Dissertation von Klett gezeichneten Bilde der Vagusneurose nähert.

Die Inspektion des Abdomens zeigt dasselbe gelegentlich durch Gase etwas aufgetrieben. Ein sicher sehr seltener Befund bei unkomplizierter Atonie sind peristaltische Bewegungen des Magens. Ich sah dieselben jüngst bei einer Frau von 60 Jahren mit Rektusdiastase, die durch Schmerzen und Erbrechen ganz enorm heruntergekommen war, und bei der die Untersuchung nichts als eine mäßige Atonie mit Enteroptose feststellen konnte. (Die eingeleitete Therapie bestätigte die Diagnose; die Patientin war binnen acht Tagen durch Ruhe und einfache diätetische Verordnung beschwerdefrei, nahm in fünf Wochen 8 Pfund, in 4 Monaten 20 Pfund zu und war noch drei Vierteljahre nach der Behandlung völlig gesund.) Auf ein bemerkenswertes, allerdings schon länger bekanntes Symptom hat jüngst wieder Rosenbaum aufmerksam gemacht, auf die sicht- und fühlbare, abnorm starke Pulsation der Bauchaorta. Dieselbe wird auch von den Patienten oft als recht unangenehmes Klopfen empfunden. Die Entstehung des Symptoms hängt nach Rosenbaum mit der Schlaffheit der Bauchdecken und der Flachheit des Bauchhöhlenraumes zusammen, wodurch die Aorta der vorderen Bauchwand genähert wird und bei der an und für sich lebhaften Pulsation ihre Bewegungen der Bauchwand stark mitteilt.

Die Palpation des Abdomens liefert uns die Trias der Kardinalsymptome der Magenatonie: Das Magenplätschern, die bewegliche zehnte Rippe (costa X. fluctuans) und die Ptose der Bauchorgane, mit welchen drei Symptomen wir uns nun eingehend zu beschäftigen haben.

Die bewegliche zehnte Rippe als wichtigstes Zeichen der Asthenia universalis congenita und also auch der ihr zugehörenden Magenatonie ist von Stiller in der Pathologie eingeführt und in einer großen Anzahl von Abhandlungen verteidigt und aufrecht erhalten worden. Ich glaube am besten zu tun, wenn ich die Ausführungen Stillers wörtlich zitiere, zumal gerade dieses Symptom sich noch nicht bei den Aerzten die ihm gebührende Wertschätzung errungen hat, ja in weiten Kreisen noch gar nicht bekannt geworden sein dürfte. Stiller sagt: „Sehen wir uns eine normale 10. Rippe an, so setzt sich der Knochen in einer nach unten konvexen, nach innen sich verjüngenden $2^1/_2$—3 cm langen Knorpelspange fort, deren Spitze knorpelig und fest an den Rippenbogen, genauer an den Knorpel der 9. Rippe fixiert ist. Diese Knorpelspange hilft mit den Rippenbogen bilden, indem sie ein Segment desselben ausmacht. Nun betrachten wir uns eine bewegliche 10. Rippe! Wir begegnen da mehreren Graditionen, welche ich nach meiner Erfahrung nicht anstehe, als ungefähre Maßstäbe für die Höhe der durch das Stigma bezeichneten dyspeptisch-neurasthenischen Affektion anzusprechen.

Als höchsten Grad sehe ich denjenigen an, wenn die Bildung der 10. Rippe vollkommen derjenigen der physiologisch beweglichen 11. und 12. entspricht, deren Enden nicht bloß freiliegen, sondern bei denen das Knochenende nur mit einer dünnen Knorpelkappe oder mit einem kurzen Knorpelansatz versehen ist. Wenn die 10. ebenso gestaltet ist, dann fehlt ihre normale, spitz zulaufende Knorpelspange, und das stumpfe Ende ragt flach oder selbst über das Niveau des Thorax aufgebogen nach innen. Bei den höchsten Graden dieser Deformation kann man mit dem Finger zwischen der 10. und 11. Rippe eindringen, und in solchen Fällen fand ich das physiologische Freiliegen und die Beweglichkeit der 11. und 12. Rippe viel prononzierter als normal, und was noch charakteristischer, in solchen Fällen ist zuweilen auch die Knorpelspitze der 9. Rippe etwas beweglich, d. h. nicht ganz fixiert zu finden.

All dies läßt sich an den ja meist mageren Kranken fast ebenso konstatieren wie an der Leiche, entweder einfach durch einen Druck mit der Spitze des



Zeigefingers, oder indem man das Ende der Rippen zwischen Daumen und Zeigefinger faßt.

Als zweiten Grades bezeichne ich das Kostalstigma, wenn die 10. Rippe beweglich ist, aber ihre Knorpelspange entweder ganz erhalten oder nur etwas verkürzt erscheint, in welch letzterem Falle doch immer ein sich verjüngendes und mit freier Spitze endigendes Knorpelstück nachweisbar bleibt. Dieser zweite Grad der Mobilisation ist wohl am häufigsten anzutreffen. Selbst hier wage ich es, nach genauer Sichtung der Fälle, anzunehmen, daß der Grad des Knorpeldefektes, sowie der Mobilisation auf die Höhe der dyspeptisch-neurasthenischen Affektion einen mehr oder weniger sicheren Schluß erlaube. Bei ganz erhaltener Knorpelspange ist die Mobilisation gewöhnlich geringer als bei defekter; doch gibt es Fälle genug, wo es umgekehrt ist, ja ich habe Fälle gesehen, wo die Spange vollkommen fehlte, und die Rippe, entsprechend dem ersten Grade, ganz stumpf endete, und dabei doch vollkommen fixiert war. Dies ist daran zu erkennen, daß die fortlaufende wellige Bogenlinie des Arcus costae nur am Ende der 10. Rippe durch einen tief einspringenden Winkel gebrochen erscheint. Es ergeben sich dadurch eine Reihe von Varianten, wo Knorpeldefekt und Mobilisierung nicht mehr parallel gehen, und wo der Schluß auf die Höhe der Affektion aus der Resultante beider Faktoren zu ziehen ist. Ich glaube, daß die anatomische Deformität, der Grad des Defekts, noch mehr als der Grad der Mobilisierung in Rechnung zu ziehen sei."

Diese fluktuierende 10. Rippe ist nun nach der Ansicht Stillers ein wirkliches Stigma atonicum, dyspepticum, neurasthenicum und enteroptoticum, das Stigma der von ihm so genannten Asthenia universalis congenita, d. h. sie findet sich stigmatisch bei den zahllosen Fällen von sogenannter nervöser Dyspepsie, deren Unterlage eben die Atonie des Magens ist, und die mit allgemeiner Neurasthenie und mit mehr oder minder ausgesprochener Gastroptose und Enteroptose einhergeht. Ihr Vorhandensein weist stets der Diagnose den Weg in der bezeichneten Richtung. Ja Stiller geht noch weiter: Findet man bei einem Kinde, das anscheinend gesund ist, eine bewegliche 10. Rippe, so kann man ihm mit großer Wahrscheinlichkeit eine nervös-dyspeptisch-atonische Zukunft prophezeien, und findet man das Stigma im höheren Alter, wo derartige Beschwerden meist geschwunden sind, so kann man ohne weitere Anamnese mit größter Wahrscheinlichkeit eine nervösdyspeptische Vergangenheit vermuten. Zur Feststellung des Symptoms genügt nach Stiller ein Griff in der Verlängerung der Mamillarlinie nach unten. Immerhin gehört nach meiner Erfahrung zu einer solchen Griffsicherheit schon eine größere Uebung, und man wird im Anfang sehr oft im Zweifel sein, ob man wirklich die 10. und nicht vielmehr die 9. oder 11. Rippe greift, und es ist dem Mindergeübten daher dringend zu raten, von oben oder einfacher von unten die Rippen abzuzählen.

Die Lehre Stillers von der semiotischen Bedeutung der fluktuierenden 10. Rippe ist nicht ohne Widerspruch geblieben. Besonders scharf hat sich Meinert dagegen ausgesprochen; weniger absprechend urteilt Zweig, der zugibt, „daß die Costa decima fluctuans zur Diagnosenstellung eines nervösen Magenleidens herangezogen werden kann, ohne ein sicheres Stigma neurasthenicum zu bilden." Weit zahlreicher als die Stimmen der Gegner sind diejenigen, welche sich zu den Angaben Stillers mehr oder minder zustimmend geäußert haben. Vor allem hat Kuttner mehrfach seine Zustimmung zu Stillers Ansichten kundgegeben; er hat „bei einer wirklich freibeweglichen 10. Rippe fast immer ausgesprochene Neurasthenie und partielle oder lokale Splanchnoptose gefunden." Auch wir stellen uns auf den Standpunkt, daß das Vorhandensein einer mehr oder minder beweglichen 10. Rippe uns einen Fingerzeig zur Stellung der Diagnose auf einen atonischen Organismus, der Deutung etwaiger Magenbeschwerden als auf einer Atonie des Magens beruhend gibt; daß wir dieses Symptom wie jedes andere

cum grano salis, eben nur als einen Fingerzeig, und nicht als allein ausschlaggebendes Moment betrachten, versteht sich von selbst.

Das Plätschergeräusch, zu dessen Besprechung wir jetzt übergehen, ist als das wichtigste Symptom der Magenerschlaffung zu betrachten; die Frage nach seiner diagnostischen Bedeutung ist in den letzten Jahren mehrfach im Vordergrund der Diskussion gestanden. Unter Plätschern verstehen wir die hör- und fühlbaren Wellenbewegungen, die entstehen, wenn wir einen schlaffwandigen, mit Flüssigkeit und Luft gefüllten Sack durch einen Stoß erschüttern. Jeder Arzt hat oft Gelegenheit gehabt, bei der Palpation des Abdomens dieses Phänomen festzustellen, und es wird nur selten Schwierigkeiten machen, das Plätschergeräusch von anderen Geräuschen, so besonders von dem Gurren und Quatschen, das auf ganz ähnliche Weise in den Därmen entsteht, zu unterscheiden. Nicht so einfach ist die Entscheidung der Frage, wann das Plätschergeräusch als eine pathologische Erscheinung aufzufassen ist, und wann wir es zu den normalen Phänomenen rechnen dürfen. Da müssen wir zunächst zwischen zwei verschiedenen Arten des Plätscherns unterscheiden: dem oberflächlichen und dem tiefen Plätschern. In ausgesprochenen Fällen von oberflächlichem Plätschern genügt schon der leiseste palpatorische Stoß auf die Magengegend, um lebhaftes Plätschern dem Ohre wie dem palpierenden Finger kenntlich zu machen; in den wenigst ausgesprochenen Fällen von tiefem Plätschern bedarf es kräftiger Erschütterungen des ganzen Abdomens, um ein gerade noch wahrnehmbares Plätschern zu erzielen. Zwischen diesen beiden Extremen gibt es natürlich sehr zahlreiche Zwischenstufen, und eine ein für allemal giltige Grenze, wo das oberflächliche Plätschern aufhört und das tiefe beginnt, gibt es nicht; in dem einzelnen Fall das erzielte Plätschergeräusch zu rubrizieren, bleibt der fortschreitenden Uebung und Erfahrung des Einzelnen überlassen. Selbstverständlich kommt dabei sehr in Betracht, wie lange Zeit seit der letzten Flüssigkeitsaufnahme verflossen ist, und wie groß die aufgenommene Flüssigkeitsmenge war. Die Bewertung beider Formen des Plätschergeräusches ist eine sehr verschiedene. So sagt S c h ü l e: „Zweifellos kommt das Phänomen auch bei völlig magengesunden Individuen vor. Hier ist aber auch zu bemerken, daß es sich nur um eine relativ geringe Neigung zum Plätschern handelt; es sind ziemlich starke Erschütterungen des Abdomens nötig.... Das lebhafte, oberflächliche Plätschergeräusch des Magens ist ein abnormes, bei dem völlig gesunden Menschen nicht zu beobachtendes Phänomen.“ — Nach R i e g e l ist es durchaus nicht zu verwundern, wenn man bei der Untersuchung eines Gesunden 2 Stunden, nachdem er seine Mittagsmahlzeit zu sich genommen und dabei getrunken oder $^1/_2$ Stunde, nachdem er zwei Tassen Tee getrunken hat, ein deutliches Sukkussionsgeräusch erzeugen kann. — Ebenso betont K u t t n e r, daß kurze Zeit nach der Aufnahme größerer Flüssigkeitsmengen der Nachweis des Magenplätscherns keinen praktischen Wert hat, daß dagegen das Plätschergeräusch, wenn es nach Zufuhr geringer Flüssigkeitsmengen oder, wenn es abnorm lange Zeit nach der Mahlzeit schon bei oberflächlicher Palpation zu erzielen ist, stets als pathologisch zu betrachten ist; „sind sehr starke Erschütterungen des Abdomens notwendig, um das Geräusch hervorzurufen, so kommt demselben keine diagnostische Bedeutung zu.“ — Auch R o s e n b a u m hält die experimentelle Prüfung auf das Zustandekommen eines Plätschergeräusches ($^1/_4$ Stunde nach Aufnahme von 250—300 cm^3 Wasser oder Tee) geradezu für „eine Probe auf die funktionelle Leistungsfähigkeit der Magenwand.“ — Nach F l e i n e r lassen sich die Plätschergeräusche in jedem Luft und Flüssigkeit enthaltenden Magen erzeugen, im normalen Magen aber nur, wenn man den ganzen Körper hin- und herschüttelt.

Die Autoren stimmen also darin überein, daß das Plätschergeräusch nicht in jedem Falle eine pathologische Erscheinung ist, sondern nur unter gewissen Voraussetzungen als solche betrachtet werden



darf. Allein abgesehen von Rosenbaum, der bestimmte Zahlen angibt, werden diese Voraussetzungen von allen recht unbestimmt angegeben. „Kurze Zeit nach der Aufnahme", „größerer Flüssigkeitsmengen" etc., sind Ausdrücke, mit denen in der Praxis nicht viel anzufangen ist. Es dürfte sich empfehlen, dem minder Geübten einen ganz bestimmten Maßstab an die Hand zu geben. Am besten eignet sich hiefür wohl das gewöhnliche Probefrühstück, also die Verabreichung von 300 cm³ Flüssigkeit mit einem Brötchen. Erhält man 15 Minuten nach dessen Einnahme durch ganz schwache Palpationsstöße oder 45 Minuten nach der Einnahme durch etwas stärkere Stöße deutliches Plätschern, so hat man das Recht, vom pathologischen Plätschergeräusch zu sprechen. Ich möchte raten, sich an diese Normen zu halten; dann wird man jedenfalls nie in die Lage kommen, normales Plätschern für ein pathologisches Phänomen zu halten; ich glaube aber, daß man kaum fehl gehen wird, wenn man annimmt, daß sehr oberflächliches Plätschern auch sofort nach Einnahme des Probefrühstücks kein normales Vorkommnis mehr ist.

Die bisherige Auseinandersetzung beschäftigte sich nur mit dem Plätschergeräusch als Symptom im allgemeinen, ohne auf die Diagnose der Magenatonie Bezug zu nehmen. Berechtigt uns aber pathologisches Plätschern in jedem Fall dazu, eine Magenatonie anzunehmen? Die Beantwortung dieser in der letzten Zeit viel erörterten Frage verknüpfen wir zweckmäßig mit der Besprechung des letzten der drei als Kardinalsymptome der Atonie bezeichneten Phänomene, der Splanchnoptose.

Daß die Splanchnoptose als Produkt mechanischer Insulten, speziell nach zahlreichen Schwangerschaften, nicht selten auch bei sonst ganz robusten Individuen vorkommt, ist eine erwiesene Tatsache. Falsch wäre es aber, wenn man derartigen äußeren Ursachen die Schuld an der Entstehung der meisten Enteroptosen geben wollte. Früher, vor Stiller, war man dazu geneigt; dagegen spricht jedoch schon das durchaus nicht seltene Vorkommen der Enteroptose bei Kindern, jungen Mädchen und Männern. Nach Stiller ist die Enteroptose eine Teilerscheinung der allgemeinen, angebornen Asthenie, und deshalb ist sie sehr oft mit der Magenatonie vergesellschaftet. Diesen Standpunkt vertritt besonders präzise Kuttner; übrigens hatte schon vor Stiller Fleiner jedenfalls eine ganz ähnliche Auffassung vom Wesen der Enteroptose. Auch wir teilen den Stiller'schen Standpunkt und sagen also: Atonie und Enteroptose gehören zusammen als Teilsymptome einer Asthenia universalis congenita. Aber nicht etwa so, daß wir nun annehmen müßten, Atonie und Splanchnoptose kämen immer zusammen vor. Theoretisch wohl: wir können annehmen, daß bei jeder Magenatonie auch die Aufhängebänder der Eingeweide gelockert sind, aber wirklich gesunken brauchen die Organe deswegen keineswegs zu sein. Wir müssen uns vielmehr vorstellen, daß die Enteroptose einen höheren Grad des Leidens vorstellt, so daß also Atonie ohne nachweisbare Ptose nicht selten vorkommt, daß aber umgekehrt jede oder so gut wie jede Ptose der Baucheingeweide mit Atonie des Magens einhergeht, und sei es auch nur mit einer latenten Atonie. Und wenn wir bei ausgesprochener Atonie ohne gröbere Ptose genau untersuchen, wird es uns gar nicht selten gelingen, die Symptome der beginnenden Ptose, Tiefstand der großen Kurvatur oder Palpierbarkeit des unteren Pols der rechten Niere nachzuweisen.

Bei derartigen Fällen nun finden wir so gut wie ausnahmslos Plätschern, und zwar Plätschern, das wir nach der oben gegebenen Definition als pathologisches Plätschergeräusch ansprechen dürfen. Logisch seinen früheren Deduktionen folgend, hält nun Stiller daran fest, daß pathologisches Plätschergeräusch nur in einem schlaffen Magen entstehen kann, daß also Plätschergeräusch ein wichtiges Kriterium bei der Diagnose Magenatonie ist. Demgegenüber will Elsner Plätschergeräusch lediglich als Symptom der Gastroptose gelten lassen. In zahlreichen Untersuchungen konnte er fesstellen, daß



in den Fällen, in denen eine Splanchnoptose vorhanden war, viel geringere Flüssigkeitsmengen zur Hervorrufung des Plätschergeräusches hinreichten, als in den Fällen, in denen der Magen normal lag; er glaubt, daß eine etwaige größere Schlaffheit des atonischen Magens gegenüber diesem Momente bei der Entstehung des Plätschergeräusches kaum in Betracht kommt. „Nicht die Atonie, sondern das Plätschergeräusch — aus welchem Stiller auf Atonie schließt — ist das konstanteste Element der Enteroptose.“ Dieser Anschauung Elsners ist dann Kuttner mehrfach entgegengetreten. Geschickt legt er den Kernpunkt der ganzen Streitfrage klar. Nach der Auffassung Elsners ist nämlich der Begriff des atonischen Magens identisch mit dem des motorisch insuffizienten. Dies ist aber keineswegs der Fall, und das Plätschergeräusch sagt uns durchaus nichts aus über den Stand der peristaltischen Funktion des Magens, sondern lediglich über die Störung der Peristole. Dieser Auffassung schließt sich auch Schüle an: „Grundbedingung für das Zustandekommen des Plätschergeräusches ist .... ein Nachlaß des Tonus der Muskelwand“, und die Beziehung des Plätscherns zur Gastroptose charakterisiert er sehr geschickt mit den Worten: „Die Magenwand muß bei der Gastroptose an Tonus einbüßen, auch wenn ihre Muskularis nicht direkt schwächer wird, da eben die von außen wirkenden, stützenden Kräfte nachgelassen haben.“ — Ich selbst habe bei allen meinen Fällen mit großer Regelmäßigkeit auf das Vorhandensein von Plätschergeräusch geachtet, und habe nicht etwa ausnahmsweise, sondern ganz ungemein häufig sicheres pathologisches Plätschern in Fällen gefunden, in denen die Lage des Magens eine sicher ganz normale war. In allen diesen Fällen ergaben die Resultate der Ausheberung, daß keine schwere motorische Insuffizienz vorlag, in sehr vielen Fällen war überhaupt keine Störung in der Austreibekraft des Magens festzustellen, und daß ganz geringe Mengen Flüssigkeit (gelegentlich unter 10 cm³) hinreichten, um Plätschern zu erzeugen, habe ich oft nachweisen können. Für mich steht auf Grund fremder, wie meiner eigenen Erfahrungen durchaus fest, daß pathologisches Magenplätschern so gut wie immer einen atonischen Magen beweist.

Neben der Palpation, die uns, wie dargelegt, die wichtigsten Anhaltspunkte für die Diagnose der Magenatonie liefert, tritt die Perkussion — von anderen Methoden ganz zu schweigen — an Wert sehr zurück. Mit derselben können wir in günstig gelagerten Fällen allerdings — sei es mit, sei es ohne Aufblähung des Magens — die Größe des Organs bestimmen. Für uns ist aber die Größe des Magens relativ gleichgiltig; wir wollen wissen, ob er seinen normalen Tonus hat, und ob er motorisch suffizient ist — und darüber sagt uns die Perkussion für sich nichts. Eher können wir durch Kombination der Perkussion mit anderen Methoden Anhaltspunkte für eine abnorm große Dehnbarkeit der Magenwand gewinnen, so z. B. durch die Belastungsprobe von Pentzoldt-Dehio. Bestimmt man im Stehen den Stand der großen Kurvatur, und rückt dieselbe durch Trinken von 250 cm³ bereits deutlich tiefer, so ist der Magen abnorm dehnbar, es besteht jedenfalls eine Hypotonie der Muskulatur. Ich selbst besitze über die Anwendung dieser Methode keine Erfahrung. Nach Stiller soll eine Dämpfung im Meso- und Epigastrium bei linker Seitenlage, die beim Gesunden selbst gleich nach Mahlzeiten nicht zu erzielen sein soll, für einen Deszensus mindestens der großen Kurvatur mit Atonie sprechen. In jüngster Zeit hat v. Pesthy den Versuch gemacht, einen Maßstab für die motorische Funktion des Magens zu gewinnen, indem er die Magengrenzen einmal durch perkutorische Auskultation, dann durch Aufblähung bestimmte. Aus der Differenz der durch beide Methoden erzielten Werte der Magenhöhe (Entfernung der oberen von der unteren Grenzlinie) schloß er auf die motorische Funktion des Magens, ob normal, ob Atonie, ob leichte oder schwere motorische Insuffizienz; einen besonderen Vorteil kann ich in der Anwendung dieser

Methode auch nicht erblicken; jedenfalls tritt sie, wie alle, an Wert weit hinter die ohne jedes Hilfsmittel zu erzielenden Resultate der Palpation zurück. (In Parenthese sei hier noch bemerkt, daß auch die verschiedenen Methoden, die Schnelligkeit des Erscheinens gewisser per os eingegebener Substanzen — Jod, Salol etc. — im Harn oder Speichel zur Bestimmung der Funktion des Magens zu benützen, für die Diagnose der Atonie so gut wie nicht in Betracht kommen, ganz abgesehen von dem Umstand, daß sie für den Praktiker zu zeitraubend sind.)

Sind wir mit der äußeren Untersuchung des Abdomens zu Ende, so schreiten wir, um die motorische und sekretorische Funktion des Magens kennen zu lernen, zur Ausheberung des Magens. Hier ist nochmals der Ort, um scharf zu betonen, daß nach unserer Auffassung des Begriffes Magenatonie beide Funktionen völlig normal sein können, wenn sie es auch häufig nicht sind. Wir brauchen also die Magenausheberung durchaus nicht, um die Diagnose Atonie zu stellen: die palpatorische Symptomentrias genügt uns dazu völlig. Wohl aber brauchen wir sie, um festzustellen, ob die Atonie bereits zu einer leichten motorischen Insuffizienz geführt hat — eine Bereicherung unseres Wissens, die von relativ geringer Bedeutung ist; weiter aber sollten wir sie deswegen in keinem Falle unterlassen, weil nur eine genaue Untersuchung der sekretorischen und motorischen Funktionen des Magens uns das Recht gibt, zu sagen, daß eben nur eine Atonie und nicht etwa eine durch irgend welche, sei es mit ihr zusammenhängende, sei es zufällige Krankheitszustände komplizierte Atonie vorliegt.

Hebert man nüchtern aus, so findet man den Magen entweder ganz leer oder aber ganz geringe gallige, schleimige oder wässerige Rückstände von schwach alkalischer bis stark saurer Reaktion. Größere Mengen von Flüssigkeit gehören schon in das Gebiet der Hypersekretion. Die Grenze des Normalen und Pathologischen ist schwer zu ziehen, und die Autoren sind hierin sehr uneinig; doch dürften Mengen von 30—40 cm^3 sicher als pathologisch anzusprechen sein. Speisereste fehlen bei der reinen Atonie im nüchternen Magen unbedingt; ihr Vorhandensein bedeutet stets eine motorische Insuffizienz höheren Grades. — Hebern wir dann etwa eine Stunde nach Verabreichung eines Probefrühstücks (300 cm^3 Tee oder Wasser, 1 Brötchen von 50 g) wieder aus, so ereignet es sich nicht selten, ganz besonders bei atonischen Magen, daß durch den Schlauch uns die Flüssigkeit so rasch entgegenspritzt, daß bei unvorsichtigem Vorgehen die Umgebung mit Mageninhalt besudelt wird. Saugen wir dann mit dem Politzerschen Ballon an, so erhalten wir sehr verschieden große Mengen Inhalt, etwa schwankend von 50—300 cm^3. Die Brötchenreste sind meist gut verdaut; bei unkomplizierten Atonien enthält der Rückstand nie wesentliche Mengen Schleim — ein solcher deutet stets auf einen komplizierenden Katarrh hin. Gar nichts Typisches bietet das Verhalten der Salzsäure: man findet alle möglichen quantitativen Verhältnisse, abgesehen vielleicht von völligem Fehlen. Neben zahlreichen Hyperchlorhydrien finde ich sogar auffallend häufig geringe Säuremengen, wobei der Wert der freien HCl etwa zwischen 10 und 20 schwankt. Sehr starke Hyperchlorhydrien sind relativ selten, viel häufiger, wie später des Näheren zu erörtern sein wird, starke Hypersekretionen ohne viel freie HCl. Ich brauche auf diese Verhältnisse nicht näher einzugehen, ebenso wenig auf die mikroskopischen Befunde im Ausgeheberten, die durchaus nichts Typisches darbieten. Von weit größerer Wichtigkeit ist die Feststellung der motorischen Funktion des Magens, zu deren Besprechung ich jetzt übergehe; es wird sich dabei zeigen, daß noch manche Punkte der Aufklärung bedürftig sind.

Zunächst haben wir daran festzuhalten, daß weder der normale Magen noch der atonische jemals eine Stunde nach dem Probefrühstück leer ist. Wer lediglich so verfährt, wie es ja meist geschieht, daß er den Magenschlauch einführt und nun durch Pressen Inhalt zu erhalten sucht, der wird oft eine Stunde nach dem Probefrühstück nichts mehr erhalten, und man



liest deshalb tatsächlich oft in klinischen Krankengeschichten: „Magen eine Stunde nach Probefrühstück leer.“ Leer ist der Magen um diese Zeit nicht einmal bei der Achylia gastrica, der man doch, nach Elsner fälschlich, eine besonders rasche Austreibung des Mageninhalts zuschreibt. Spült man irgend einen Magen um diese Zeit, nachdem die Ausheberung keinen Inhalt ergeben hat, nach, so erhält man regelmäßig noch ganz beträchtliche Reste. Weit weniger umständlich als dieses Verfahren, Ausheberung mit nachfolgender Spülung, ist es, wenn man nach eingeführtem Magenschlauch den Inhalt mit dem Politzer'schen Ballon ansaugt. Man braucht nicht zu befürchten, durch den gesetzten negativen Druck Schleimhautfetzen abzureißen und dadurch den Patienten zu schädigen. Die langjährige Erfahrung der Ewald'schen Klinik, gesammelt an Tausenden und Abertausenden von Fällen, hat dargetan, daß einmal nur sehr selten Schleimhautfetzen abgerissen werden, anderseits aber, daß selbst, wenn dies einmal vorkommt, nie ein Schaden daraus resultiert. Wendet man also den Politzer'schen Ballon an, so wird man stets Inhalt erhalten, beim atonischen Magen nie unter 50 cm^3, sehr häufig aber bedeutend mehr. Nun ist es selbstverständlich, daß uns die Menge des Ausgeheberten nichts über den tatsächlichen Inhalt des Magens besagt, da wir ohneweiters nicht wissen können, wie viel Inhalt im Magen zurückgeblieben ist. Theoretisch müßte gefordert werden, daß wir dies in jedem Falle bestimmen, praktisch ist dies unnötig. Immerhin gebe ich der Vollständigkeit halber die Methoden dieser sogenannten „Restbestimmung“ an, da sie, ungeachtet der sehr kompliziert aussehenden Formeln, sehr einfach auszuführen sind, ohne weiteren Apparat; man braucht bei der einen Methode nur die Reagentien für die Titrierung des Magensaftes, bei der anderen ein Urometer. Man hebert zunächst aus, wie gewöhnlich, gießt dann durch den Trichter eine genau abgemessene Menge (q) Wasser in den Magen, mischt durch wiederholtes Heben und Senken des Trichters gut mit dem Mageninhalt und hebert wieder aus. Man hat also jetzt zwei Proben: das ursprünglich Ausgeheberte, dessen Menge wir mit b bezeichnen und das nach Wasserzusatz Ausgeheberte. Man bestimmt nun in beiden Proben nach dem alten Verfahren von Mathieu-Rémond die Gesamtazidität durch Titrieren mit $^1/_{10}$ Normallauge (a in Probe 1, a^1 in Probe 2). Die gesuchte ursprüngliche Menge des Mageninhalts x erhält man dann nach der Formel:

$$x = \frac{b + a^1 q}{a - a^1}$$

oder aber noch einfacher, man bestimmt nach Strauß nicht die Gesamtazidität, sondern das spezifische Gewicht beider Proben (s und s^1) und erhält dann x nach der Formel:

$$x = \frac{bs + (q - b) s^1 - q}{s - s^1}$$

Es erhebt sich nun zunächst die Frage, wann wir die Inhaltsmenge des Magens als normal und wann als pathologisch anzusehen haben. Im allgemeinen kann man daran festhalten, daß das gewöhnliche Probefrühstück nach 2—$2^1/_2$ Stunden den Magen verlassen hat. Das Einfachste wäre daher wohl, $2^1/_2$ Stunden nach eingenommenem Probefrühstück auszuspülen (Rosenheim); findet man dann noch wesentliche Rückstände, so ist eine Störung der peristaltischen Funktion des Magens anzunehmen. Aber in der Privatpraxis ist es uns nicht möglich, beliebig oft den Magenschlauch einzuführen; sehr oft müssen wir froh sein, wenn wir zu einer Ausheberung die Erlaubnis erhalten, und da müssen wir die Prüfung der sekretorischen und motorischen Funktion verbinden; wir müssen also auf der Höhe der Verdauung, d. i. 1 Stunde nach der Einnahme den Magen aushebern, und damit fällt diese Methode.

Wie groß ist nun die Menge, die ein normaler Magen 1 Stunde nach Einnahme von $^3/_{10}$ l Flüssigkeit und 50 g Brötchen noch enthält? Nach Strauß und Oppler zirka 150 cm^3; erhält man mehr, so darf man eine pathologische Vermehrung des Mageninhalts annehmen. Allein, wie

schon bemerkt, die Restbestimmung wird doch den meisten Kollegen in der Praxis zu umständlich sein, und wir müssen uns daher meist begnügen, uns ein Urteil über die motorische Funktion aus der Inhaltsmenge zu bilden, die wir durch einfaches Ansaugen mittels des Politzer'schen Ballons erhalten. Es ist schwer, da eine genaue Grenze zu ziehen, wo das Normale aufhört und das Pathologische angeht; ich möchte aber 100 bis 130 cm^3 als die obere Grenze dessen ansehen, was noch als normal zu betrachten ist.

Haben wir aber festgestellt, daß der Magen eine Stunde nach Einführung des Probefrühstücks mehr Inhalt als normal enthält, so ist damit noch nicht gesagt, daß er motorisch insuffizient ist. Es kommt oft genug vor, daß der Magen eine erhöhte Saftsekretion, eine Hypersekretion, aufweist. Die schließliche Wirkung beider pathologischer Prozesse wird die nämliche sein: Der Inhalt wird pathologisch vermehrt sein. Es fragt sich nun, ob wir Mittel und Wege besitzen, motorische Insuffizienz und Hypersekretion auseinander zu halten. Erschwerend kommt dabei in Betracht, daß beide Prozesse durchaus nicht selten nebeneinander vorkommen, sei es, daß die Insuffizienz das primäre ist, und der abnorme Reiz der länger im Magen liegen bleibenden Ingesta den Magen zu übermäßiger Saftproduktion anregt, oder aber, wie Riegel will, die Hypersekretion primär vorhanden ist, und durch einen reflektorischen Pyloruskrampf die motorische Insuffizienz erst hervorruft. Aber auch in den Fällen, in denen keine Kombination vorliegt, ist es sehr schwierig, beide Prozesse auseinander zu halten. Man könnte denken, es liege dann eine Hypersekretion vor, wenn auch in nüchternem Zustand Hypersekretion besteht, d. h. auch der nüchterne Magen größere Mengen Magensaft abscheidet; dies Kriterium hält aber der Kritik keinen Stand; denn es gibt zweifellos rein alimentäre Formen der Hypersekretion, wo also nüchtern kein Magensaftfluß besteht, wohl aber nach Nahrungsaufnahme. Man könnte weiter denken, es spräche für Hypersekretion, wenn eine starke Hyperazidität vorhanden ist; aber auch dieses Kriterium versagt, weil es einerseits starke Hyperazidität ohne Hypersekretion gibt, anderseits Hypersekretionen, bei denen relativ mehr Wasser als Salzsäure abgeschieden wird, bei denen also die sogenannte Verdünnungssekretion stark vermehrt ist, so daß sogar eine beträchtliche Hypazidität vorhanden sein kann. Einen Versuch, ein differentialdiagnostisches Verfahren zu finden, hat Strauß gemacht, indem er in einem graduierten Zylinder den erhaltenen Mageninhalt zwei Stunden lang stehen läßt und dann abliest, einen wie großen Teil der Gesamtmenge die festen Bestandteile ausmachen; betragen sie mehr als $^1/_2$ der Gesamtmenge, so spricht dies mehr für motorische Insuffizienz, umgekehrt mehr für Hypersekretion. Eine Abänderung dieses Verfahrens hat jüngst Elsner angegeben; sein Verfahren ist vielleicht etwas zuverlässiger, aber für praktische Zwecke ist das von Strauß genügend genau und dabei viel einfacher. Auf einige Unterschiede glaubte in letzter Zeit auch Riegel hinweisen zu können; bei motorischer Insuffizienz soll der Unterschied der Werte von freier HCl und Gesamtazidität ein geringer, bei Hypersekretion ein großer sein; bei motorischer Insuffizienz ist die beim Stehen sich sammelnde Flüssigkeit meist getrübt, bei Hypersekretion meist hell; das spezifische Gewicht ist bei motorischer Insuffizienz meist höher als bei Hypersekretion; aber durchgreifend sind diese Unterschiede sicher auch nicht.

Die ungemein zahlreichen Arbeiten, die in letzter Zeit über das Thema Hypersekretion und Atonie erschienen sind, beweisen besser als irgend etwas anderes, wie unsicher noch die Differentialdiagnose beider Zustände ist. Ich selbst habe mich oft und mit Vorliebe mit dem Gedanken beschäftigt, ein Mittel zu finden, um beide Zustände auseinander zu halten, und halte es für durchaus möglich, quantitative Unterschiede durchgreifender Art in der chemischen Zusammensetzung der Hypersekretions- und Atoniemagensäfte zu finden. Allein auch diese Methoden wären

für den Praktiker zu umständlich und nur in einem chemischen Laboratorium auszuführen.

In praxi ist die Sache aber durchaus nicht so wichtig. Sehr starke Hypersekretionen erkennt man durch das Straußsche Verfahren, und die Therapie der leichteren Hypersekretionen und die der leichten motorischen Insuffizienzen weichen nicht sehr erheblich von einander ab. Ich wenigstens habe die Erfahrung gemacht, daß ich in Fällen von Atonie mit oder ohne leichtere motorische Insuffizienz, selbst wenn normale oder gar unternormale Salzsäurewerte vorhanden waren, stets die besten therapeutischen Erfolge erzielte, wenn ich mit den für die Atonie spezifischen Verordnungen diejenigen verband, welche bei Hyperchlorhydrie, beziehungsweise Hypersekretion indiziert sind. Es machte mir in diesen Fällen gelegentlich geradezu den Eindruck, als ob eine gewisse Hyperästhesie der Schleimhaut bestände, so daß sogar unternormale Salzsäurewerte schon unangenehm empfunden wurden.

Also wir halten in praxi daran fest, daß — abgesehen von schweren Hypersekretionen — wir stets eine motorische Insuffizienz annehmen dürfen, wenn 1 Stunde nach Einnahme des gewöhnlichen Probefrühstücks noch mehr als 130 cm^3 Mageninhalt durch den Politzer'schen Schlauch angesaugt werden können. Aber nochmals sei hier ausdrücklich betont, daß wir zur Diagnose Atonia ventriculi diese motorische Insuffizienz nicht nötig haben.

(Schluß folgt.)

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber die Behandlung der Abmagerung.

Von Wilhelm Ebstein in Göttingen.

Die Therapie muß zuvörderst eine kausale sein, d. h. sie muß die die Abmagerung veranlassende Krankheit zu beseitigen oder wenigstens zu heben bestrebt sein. Selbstverständlich wird gleichzeitig eine symptomatische Behandlung eingeleitet werden müssen. Auch die letztere wird man sich natürlich in allen den Fällen zu beschränken haben, bei welchen neben der Abmagerung sinnfällige anderweitige Krankheitserscheinungen fehlen.

Bei der diätetischen Behandlung gibt Vf. der Zufuhr von Fetten gegenüber der der Kohlehydrate entschieden den Vorzug, da nach Tierversuchen eine sehr kohlehydratreiche Ernährung den Ansatz von Fett am Herzen und Herzfell begünstigt, während anderseits die Darreichung von sehr fettreicher Ration keine solche Gefahr mit sich bringt. Eine besondere Aufmerksamkeit verdient die Regelung der Darmfunktion, weil sie zum Gelingen außerordentlich viel beiträgt. Handelt es sich um neurasthenische Personen, so tritt gebieterisch die Loslösung der Kranken aus dem Milieu, in welchem sie bisher gelebt haben, hervor. Eine Behandlung in geeigneten Anstalten wird dann ein unabweisbares Bedürfnis.

Schließlich sei der Tagesspeisezettel mitgeteilt, wie ihn Vf. in seiner Privatklinik häufig anwenden läßt:

7 Uhr morgens: Brei aus Quäkeroats, durchgerührt mit Butter.

8 Uhr morgens: Frühstück: Milch oder Kakao, in der Regel abwechselnd mit Brötchen oder Zwieback mit Butter.

10 Uhr morgens: Bouillon mit Ei oder Kefir und belegtes Butterbrot.

12 Uhr: Ein kleines Gläschen Portwein oder Madeira, eventuell mit einigen Kakes.

$1^1/_2$ Uhr: Mittagessen: Bouillon ohne oder mit geeigneter Einlage, Fisch oder kleines Fleisch mit geeigneten, abwechselnden leichten Gemüsen oder mit Kartoffeln oder Reisbrei, eventuell Püree von Hülsenfrüchten, gebratenes Fleisch, Kompott, leichte Mehlspeise.

4 Uhr nachmittags: Milch oder Kakao mit Semmel oder Zwieback mit Butter.

6 Uhr nachmittags: Kefir oder Milch in zusagender Form.

$7^1/_2$ Uhr abends: Milch- oder Schleimsuppe und Weißbrot mit Butter und kaltem Aufschnitt, eventuell ein warmes Fleischgericht. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 24, 1905). Laub.

Klinische Erfahrungen mit Digalen (Digitoxin. solub. Cloetha). Von Dr. K. Hochheim. (Aus der inneren Abteilung der städtischen Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg. Direktor: Prof. Dr. Unverricht.

Vf. hat das von Cloetha dargestellte neueste Digitalispräparat auf der Abteilung des Prof. Unverricht in einer Reihe von Fällen systematisch geprüft und ist mit den Resultaten außerordentlich zufrieden. Das Präparat hat sich als ein gutes Kardiotonikum bewährt. Dasselbe erhöht den Blutdruck, wirkt bei Arhytmien regulierend auf die Herztätigkeit, besonders insoferne, als es die Extrasystolen beseitigt oder wenigstens ihre Zahl wesentlich vermindert. Bei hochgradiger Beschleunigung der Herzaktion setzt es die Zahl der Kontraktionen herab. Bei Stauungszuständen, die auf Kompensationsstörungen beruhen, wirkt Digalen stark diuretisch.

Die subkutanen Injektionen verursachen meist eine oder wenige Stunden lang mäßig brennende Schmerzen. Zuweilen kommt es an den Injektionsstellen zu ziemlich ausgedehnten weichen Schwellungen, die zuweilen kaum Beschwerden machen, zuweilen aber auch recht schmerzhaft sind. Durch intravenöse Injektion des Digalens sind lokale Reizerscheinungen gänzlich zu vermeiden. Innerlich wird das Digalen gut vertragen.

Im Besitze des Digalens befindet sich der Arzt in der Lage, mit Vermeidung des Verdauungstraktes durch subkutane oder durch intravenöse Injektionen, besonders in sehr dringenden Fällen, eine sichere Digitaliswirkung zu erzielen. In Fällen von starker Brechneigung, bei bewußtlosen Patienten, bei denen eine Verabfolgung von anderen Digitalispräparaten per os oder per rectum nicht möglich ist, sowie nach Bauchoperationen, besonders Magenoperationen, nach denen man den Verdauungsapparat nicht belästigen und Erbrechen möglichst verhüten will, wird man voraussichtlich mit dem Mittel die besten Erfolge haben. — (Zentralbl. f. innere Med. Nr. 22, 1905.) Laub.

Die Behandlung der spastischen Obstipation. Von A. Albu in Berlin.

Nach Besprechung der Symptomatologie und Diagnostik dieser Krankheitsform erörtert Vf. in ausführlicher Weise die therapeutischen Maßnahmen. Er empfiehlt in erster Linie die Anwendung von warmen, oder noch besser heißen Bädern, die als Sitzbäder oder Vollbäder verabreicht werden können. Sie sollen eine Temperatur von 30—35° R. und eine Dauer von 10—15 Minuten haben. Oefters haben sich auch kohlensaure Soolbäder von 26° R. sehr bewährt. Zweitens verordnet Vf. heiße Leibkompressen, welche nicht nur den Krampfzustand lindern, sondern auch die schmerzhaften Empfindungen und Koliken beseitigen. Sehr zweckmäßig erweist sich die Anwendung des Thermophors. Drittens waren Oelklistieren von Leinöl, Sesamöl oder auch Rizinusöl, in Menge von $^1/_4$ l täglich abends appliziert, im Bett bei erhöhtem Steiß oder Knieellbogenlage. Es kommt nicht darauf an, durch das Klistier sofort Stuhlgang zu erzeugen, sondern das Oel soll beschwichtigend auf den Krampfzustand der Darmmuskulatur wirken. Als krampfstillendes Mittel empfiehlt sich weitaus am meisten das Atropin oder Belladonna, letzteres als Extractum Belladonnae in Form von Suppositorien, in einer Dose von 0·02—0·03 g täglich zwei- bis dreimal.

Was die Diät anlangt, hat sich Vf. am besten eine vegetabilische Ernährung bewährt, welche aufs sorgfältigste von allen Hüllen, Schalen u. dgl. befreit ist. Durch eine solche, hauptsächlich breiförmige Kost, wird einerseits die Auslösung von Darmspasmen sicher vermieden, anderseits der schlaffen Untätigkeit der Musku-

latur entgegengearbeitet. Sehr zweckmäßig ist die Anwendung der Milch. Strenge zu vermeiden sind die alkoholischen Getränke, die Gewürze, Kohlarten, Gurken, Salat, Rettich, Käse und dergleichen. Endlich empfiehlt Vf. die Einlegung fester Hartgummi- oder Metallbougies in den Mastdarm, welche man täglich 10—15 Minuten liegen läßt. Sie sollen mit Glyzerin eingeölt, etwa 5—10 cm tief eingeführt werden. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 5, 1905.)

Laub.

Ueber die Indikationen und Kontraindikationen der Anwendung von Eisenpräparaten bei Magenkrankheiten. Von Dr. H. Elsner.

Da Eisen, wie so viele andere Metalle, häufig reizend und in größeren Dosen ätzend auf die Schleimhaut des Magendarmkanals wirkt, und in dieser Hinsicht auch Unterschiede zwischen einzelnen Präparaten bestehen, hat man sich genötigt gesehen: 1. das Anwendungsgebiet der Eisenpräparate erheblich einzuschränken und 2. in der Wahl des jeweiligen Eisenpräparates eine gewisse Vorsicht walten zu lassen.

Im allgemeinen hat man den Gebrauch des Eisens bei dyspeptischen Zuständen des Magens und des Darmes für unzulänglich erklärt, lediglich auf die Beobachtung gestützt, daß das Eisen bei zahlreichen Patienten dyspeptische Beschwerden hervorruft.

Da diese Frage ein eminent praktisches Interesse besitzt, hat Vf. auf der Poliklinik des Dr. Boas die Indikation der Eisendarreichung bei dyspeptischen Zuständen studiert und faßt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Dyspeptische Erscheinungen sind an sich keine Kontraindikation gegen die Anwendung eines Eisenpräparats.

2. Bei Vorhandensein dyspeptischer Beschwerden hat der Anwendung eines Eisenpräparats in jedem Falle die funktionelle Untersuchung des Magens voranzugehen.

3. Kontraindiziert ist die Anwendung eines Eisenpräparats:

a) bei organischen Erkrankungen des Magens;

b) bei Hyperazidität oder Hypersekretion;

c) wenn vorhandene dyspeptische Beschwerden bei Eisengebrauch eine Steigerung erfahren.

Für seine Untersuchungen hat Vf. ein organisches Präparat, das Perdynamin, ein glyzerinfreies Hämoglobinpräparat, benützt. Es wird nach den Erfahrungen des Vfs. bei funktionellen Magenerkrankungen in der großen Mehrzahl der Fälle gut vertragen, im besonderen erscheint es für Fälle von sekretorischer Insuffizierung geignet, da es imstande ist, die Magensaftsekretion anzuregen. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 6, 1905.) Laub.

Die Behandlung der Hyperazidität und der Hypersekretion des Magens. Von A. Albu in Berlin.

Die Therapie ist in erster Linie eine diätetische. Vf. bevorzugt eine vegetabilische Kost, allerdings in einer sehr sorgfältig zu wählenden Form. Rohe ungekochte Vegetabilien sind grundsätzlich auszuschließen, und auch die küchengemäß zubereiteten Gemüse- und Obstsorten dürfen nur in Form fein verteilter, möglichst durchgesiebter Breie verabreicht werden. Den Vorzug vor den Breien verdienen Suppen, welche eine Verdünnung des übersaueren Magensaftes bewirken. Von Amylazeen werden Weizenbrot, besonders Zwieback, Toastbrot, Kakes, Biskuits u. dgl. vorzüglich vertragen. Blähende Kohlarten, Gurken, Salat, Rettich, rohes Obst sind ausgeschlossen, hingegen können Gemüsepürees von Spinat, Blumenkohl, Artischoken, Mohrrüben schadlos gereicht werden. Dabei ist natürlich eine Eiweißkost (Fleisch, Fische, Eier etc.) gleichzeitig wohl gestattet. Nur die fettreichen Fleisch- und Fischsorten (wie Gans, Schwein, Schinken, Speck, Aal, Lachs, Hering u. a.) sind auszuschließen. Von allen Fettarten sind ungesalzene Butter, Milch und Sahnenfett, weil sie leicht emulgierbar sind, zu verwerten. Dem Fette wird von vielen Autoren ein besonders günstiger Einfluß auf die

Hyperazidität zugeschrieben. Es empfiehlt sich daher die häufige Darreichung von Olivenöl, etwa dreimal täglich 1—2 Eßlöffel, 1—2 Stunden nach den Hauptmahlzeiten.

In schweren und hartnäckigen Fällen empfiehlt sich die Vornahme von Magenausspülungen, besonders am späten Abend. — Sehr wirksam läßt sich die Hyperchlorhydrie auf medikamentösem Wege bekämpfen durch Verbindung der Alkalien mit Belladonna. Als Beispiel einer zweckmäßigen Medikation diene folgendes Rezept:

Rp. Extr. Belladonnae 0·3
Bism. nitr.
Magn. ust. } āā 10·0
Natr. bicarb.

M. D. S. Dreimal täglich eine große Messerspitze nach den Hauptmahlzeiten.

Sehr bewährt haben sich dem Vf. auch die Bergmann'schen Magenkautabletten, welche nicht nur Alkali enthalten, sondern auch Pilokarpin, das durch Anregung der Speichelsekretion dem Magen auch Rhodankalium in größerer Menge zuführt.

Bei der Hypersekretion des Magens, die sich unschwer durch Aushebeiung von Flüssigkeitsresten aus dem nüchternen Magen erkennen läßt, ist die Therapie in erster Linie von dem Grundleiden abhängig. Symptomatisch empfiehlt sich, die Zufuhr von Getränken und flüssigen Nahrungsmitteln auf das geringste notwendige Maß zu beschränken. Die feste Nahrung soll durchwegs in mögichst fein verteilter Breiform gereicht werden. Die Auswahl der Nahrung soll im allgemeinen genau so geschehen wie bei Hyperchlorhydrie. — (Die Therapie d. Gegenw., H. 4, 1905.) Laub.

Physikalische Therapie.

Verloren gegangene Prießnitzkuren. Von Dr. Sadger.

Die verloren gegangenen Kuren sind: Wandereinpackung, Luftwasserbad, fiebererzeugendes Halbbad, Wechselbad und endlich das langdauernde Halbbad von einer bis selbst zu mehreren Stunden.

Die Technik der Wandereinpackung war folgende: Es wurden dem Kranken leinene Leibchen und Hosen angemessen, dieselben hierauf in kaltes Wasser getaucht und gut ausgerungen angelegt. Ueber diesen feuchten Leinenanzug kommt ein ebensolcher trockener von stärkerer Leinwand, darüber wieder ein Flanellanzug und als oberste Bedeckung die gewöhnlichen Oberkleider, die im Winter, wenn nötig, pelzgefüttert werden. Im Sommer hinwider blieb die wärmende Flanellhülle weg. So gegen jede Erkältung geschützt, konnte sich der Patient den ganzen Tag im Freien bewegen, daher der Name „Wandereinpackung". Angelegt wird sie viermal täglich nach den gewöhnlichen Kurprozeduren und abends vor dem Schlafengehen. Die Indikation für Wandereinpackungen gaben hauptsächlich Flechten und chronische Hautausschläge, rheumatische und gichtische Ablagerungen, wenn sich schon Erhöhungen gebildet hatten, syphilitische Knochenauftreibungen und endlich organische Rückenmarksleiden, besonders Tabes mit lanzinierenden Schmerzen.

Eine Kurform, die jetzt nur vereinzelt zur Anwendung kommt, ist das Luftwasserbad. 10—20 Minuten vor dem erwarteten Fieberanfall (Malaria) wurde der Kranke in ein triefend nasses Leintuch geschlagen, genau wie zu einer Ganzabreibung, dann zum offenen Fenster entweder gestellt oder gesetzt und jetzt beständig mit kaltem Wasser um Hals, Brust und Rücken langsam übergossen, bis sich Hitze einzustellen anfing, worauf erst 2—3 kurze feuchte Einpackungen mit einem abschließenden Halbbade erfolgten.

Das Hauptgewicht legte Prießnitz bei dieser Prozedur auf die Wechselwirkung von Luft und Wasser, in zweiter Reihe auf das beständige Uebergießen mit kaltem Wasser. Hingegen war der Körper niemals stark frottiert, nur ab und zu leicht abgedrückt oder abgestreift. Eine Ausnahme machten da einzig die Füße, die man gerne rieb, besonders kräftig bei Infektionskrankheiten. In den letzteren diente das Luftwasserbad vortrefflich dazu, bei sehr resistenten Hyperthermien, wie z. B. bei Typhus oder Wechselfieber, eine

starke Wärmeentziehung zu erzielen und wurde in solchen Fällen nicht selten bis zu einer Stunde und darüber ausgedehnt. Weit kürzer brauchte es beim akuten Gelenksrheumatismus zu währen, wo es zumal im Beginne der Krankheit oft geradezu spezifisch wirkt.

Die genialst erdachte Prozedur war das fiebererzeugende oder aufregende Halbbad. Es war ein sehr kühles Hochbad von 10—12° R., in welchem man den Kranken noch gar nicht rieb, sondern einfach stundenlang sitzen ließ. Soll das Bad als Aufregungsmittel dienen, so wird der Kranke an den oberen Teilen mit Decken bedeckt und die Wanne mittels eines Deckels so verschlossen, daß nur der Kopf hervorragt. Er bleibt dann nach Umständen ein bis zwei Stunden darin. Es sind sogar Beispiele vorgekommen, wo es Prießnitz für nötig befunden hat, diese Zeit mehrere Tage lang auf fünf Stunden zu verlängern, um Fieber und Aufregung zu erzeugen. Namentlich ist dies im Jahre 1835 bei einem an atonischer Gicht leidenden Arzte der Fall gewesen, welcher Gräfenberg gesund verlassen hat. Als nach dem Jahre 1840 mit der Milderung der Hauptkur das Halbbad in seiner heutigen Anwendung immer öfter und ausgedehnter zur Anwendung kam, war auch das fiebererzeugende Halbbad mit kräftiger Friktion des Körpers verbunden. Je nach den Körperkräften der Kurgäste wurde da ein 10—12—14° R. Halbbad gerichtet und der Kranke in demselben bis zu 30 Minuten gebadet und frottiert, namentlich aber Beine und Füße kräftig gerieben. Man wartete einen tüchtigen Schüttelfrost ab. Nach demselben wurde der Patient aus dem Bade genommen und wieder stärker frottiert. Mit Intervallen von 2—3 Tagen ward diese Prozedur noch einigemal wiederholt, bis sich dann endlich die Krisen einstellten.

Eine auch schon von Prießnitz eingeführte Prozedur, die zu seinen Zeiten weit öfter geübt ward als heutigen Tages, ist das Wechselbad, d. h. der ein- oder mehrmalige Wechsel zwischen temperiertem Halbbad und kaltem Vollbad. Ehe Prießnitz einem Patienten bestimmte Kurvorschriften gab, erschien es ihm durchaus unerläßlich, die Reaktion seiner Haut zu kennen. Darum mußte der Kranke vorerst in ein Halbbad von 12—15° R. steigen, dort seinen ganzen Vorderkörper mit nassen Händen abreiben, während gleichzeitig ein Badediener ihn rückwärts frottierte, sodann in die große, nebenan stehende und mit ganz kaltem Wasser gefüllte Wanne gehen, darin untertauchen, um alsbald wieder zu dem um einige Grade wärmeren Halbbad zurückzukehren, das jetzt für sein Gefühl behaglich warm schien. Auch nachdem der Patient schon das eigentliche Schwitzen begonnen, ward dies zu Anfang mit ganz dem nämlichen Wechselbad beendet, bis sich der Kranke stark genug fühlte, sofort in das kalte Vollbad zu steigen. Auch wo intensive Reaktion nötig war, verwendete er das Wechselbad bei Infektionskrankheiten, wie bei Typhus und croupöser Pneumonie.

Das lange Halbbad, d. h. ein solches von ein bis mehreren Stunden, war mit starker Friktion verbunden. Es diente als fieberstillendes Mittel und auch als Antiphlogistikum, als Resorbens und Derivans, und zwar bei akuten Entzündungen in den Höhlen des Schädels, der Brust und des Bauches, bei Gicht, Apoplexie, Croup und Starrkrampf. Interessant sind die Krankengeschichten, die Vf. nach den mündlichen Ueberlieferungen erzählt. So über die Behandlung der Apoplexie und über einen Fall von Meningitis nach Erysipel. — (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie, Bd. 8, 1904/05.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Klumpfußbehandlung im Säuglingsalter.

Von Dr. Schäffer.

Vf. empfiehlt, mit der Redressementbehandlung des Klumpfußes beim Säugling möglichst frühzeitig zu beginnen, die Achillotenotomie stets zu unterlassen und mindestens zweimal wöchentlich zu redressieren. Wenn man die Behandlung lange genug fortsetzen könne, so komme man, meint Vf., ohne alle Verbände zum Ziele. Wo dies nicht der Fall ist, empfiehlt Vf. folgendes Verfahren: Wenn man mit

der Redressementbehandlung so weit ist, daß sich der Fuß beim ersten Griff nach außen rotieren, pronieren, dorsalflektieren und abduzieren läßt, so legt man nach dem Redressement auf die Fußsohle den langen Schenkel einer T-Schiene, die mindestens so breit wie der Fuß und mit einem Stückchen Flanell gepolstert sein muß. Dann wird eine Heftpflasterrolle in der Weise abgewickelt, daß die erste Tour am medialen Fußrand beginnt und um die der Fußsohle anliegende Schiene herumgeführt wird, die zweite Tour geht über den Reihen und um die Schiene herum an die Vorderseite des nach außen gerichteten kurzen T-Schenkels der Schiene, dann um diesen herum und auf der lateralen Seite des Unterschenkels hinauf über das rechtwinkelig gebeugte Knie und unter der Kniekehle hindurch in Spiraltouren zum Fuße zurück. Die dritte und letzte Tour läuft um den Fuß hinter den Zehen herum wieder auf die laterale Seite, dann um den seitlichen Fortsatz und nochmals am Unterschenkel hoch und weiter wie die zweite Tour. Ueber das Ganze legt man zum Schutze eine Flanellbinde, die zu wechseln ist, sobald sie naß ist. Die Verbände werden zuerst alle vier, später alle acht bis zehn Tage gewechselt. — (Die ärztl. Praxis Nr. 3, 1905.) Klar, Heidelberg.

Zur operativen Behandlung des fungösen Kniegelenks. Von Dr. R. Stegmann.

Als Operationsverfahren für die Fälle von Kniegelenktuberkulose, die bei konservativer Behandlung nicht zur Ausheilung kommen, wird von Gersuny folgende Methode geübt: Volkmannscher Querschnitt durch die Patella, deren Spongiosa in jedem Falle, auch wenn sie nicht verdächtig ist, ausgelöffelt wird. An den Enden des Querschnittes zwei Längsschnitte nach oben, die obere Hälfte der Kniescheibe mit Quadrizepssehne und Haut wird nach oben geklappt, der obere Gelenkrezessus sodann ganz ausgeschält. Die Ligamenta lat. und cruc. werden durchtrennt, die hintere Kapselwand exstirpiert. Dann geht Vf. an der Ansatzstelle der Lig. cruc. mit dem scharfen Löffel in die Kondylen des Femur ein und exkochleiert diese energisch, und wenn dies nicht genügt, so bohrt er die Kondylen noch seitlich an und räumt von diesen Seitenlöchern aus mit dem scharfen Löffel und dem Rinnenlöffel die Spongiosa des unteren Femurendes bis in die Markhöhle hinauf ganz aus. Form und Länge des Femur bleiben erhalten, da die Kortikalis und die Gelenkflächen der Kondylen nicht entfernt werden. An der Tibia wird der Knorpelüberzug weggenommen und dann wird die Spongiosa ausgelöffelt, so daß eine Höhle entsteht, in die man dann die Kondylen des Femur einsetzt, so daß sich Ober- und Unterschenkel nicht mehr gegen einander verschieben können. Ebenso wird die Fibula mit dem scharfen Löffel behandelt, wenn sie erkrankt ist. Nach Entfernung alles kranken Gewebes macht Vf. dann einen 2 cm langen Längsschnitt unterhalb der Tuberositas tibiae und löffelt einen Verbindungskanal mit der in der Tibia jetzt befindlichen Höhle heraus, so daß eine ausgiebige Drainage stattfindet. Nach Uebergießung der Wundflächen mit Jodoformglyzerin wird die Patella mit Seide zusammengenäht, die Nähte werden durch das Periost der Patella und den Sehnenüberzug gelegt; Hautnaht, Holzspahn-Stärkebindenverband. In diesem Verband, der vor allem sehr leicht ist, gehen die Patienten bald umher. Der Gipsverband wird absichtlich vermieden, um das Bein nicht vollständig zu entlasten und durch die leichten Erschütterungen die Neubildung von Knochen anzuregen.

Vor der Operation werden Röntgen-Aufnahmen von vorn und von der Seite gemacht, und an der Hand des Bildes macht Vf. die Disposition zur Operation. Vf. gibt die Krankengeschichten von vier in Streckstellung vollkommen und knöchern geheilten Fällen, bei zwei Kindern von 8 und 4½ Jahren und zwei Erwachsenen von 19 und von 28 Jahren.

Die Gersuny'sche Operation ist also die schonendste operative Methode der Behandlung des fungösen Kniegelenks; Kondylen und Epiphysen werden möglichst wenig verletzt und auf diese Weise tritt während der Operation nur geringe Verkürzung des Beines ein und Wachs-

tumsstörungen werden vermieden. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 15, 1905.)
Klar, Heidelberg.

Die Behandlung von Patellafrakturen.
Von Dr. Walter C. Gilday.

Die Behandlung von frischen Kniescheibenbrüchen kann operativ oder nichtoperativ sein. Vf. unterläßt aber die Naht der gebrochenen Kniescheibe nur dann, wenn er vom Patienten nicht die Erlaubnis zur Operation erlangen kann. In diesem Falle schneidet er zwei große Stücke Heftpflaster so zu, daß er damit die ganze Vorderfläche des Unter-, bezw. Oberschenkels bedecken kann. An dem einen Ende läuft das eine Stück in einen schmalen Streifen aus, an dem eine Schnalle befestigt wird, am anderen Stück ist ein ebensolcher Streifen, der als in die Schnalle passende Zunge dient. Nach gründlicher Reinigung des Beines werden die Pflasterstücke so an das Bein angeklebt, daß die Bruchstücke durch die Schnalle und die Zunge aneinandergebracht werden. Um das sonst leicht eintretende Umkippen der Bruchstücke zu vermeiden, legt man am besten einen Wattebausch direkt auf die Bruchstelle unter die Schnalle. Die Interposition von Weichteilen muß vermieden werden, da sonst knöcherne Vereinigung nicht zustande kommt. Nach Anlegung der Pflasterstreifen legt man das Bein in eine Schiene in Streckstellung und schon nach wenigen Tagen kann man den Patienten an Krücken umhergehen lassen, mit etwas erhöhtem Schuh auf der gesunden Seite, (da ja das kranke Bein steif gehalten ist. Ref.). Je mehr die Schwellung zurückgeht, umsomehr muß man die Schnalle anziehen. Diese Behandlungsmethode ergibt nicht immer befriedigende Erfolge im Gegensatz zur operativen. Die Operation nimmt man am besten am dritten oder vierten Tag nach der Verletzung vor, nachdem man durch Ruhe und Eisapplikation für die Beseitigung des Hämatoms gesorgt hat; ist an diesem Tage der Bluterguß noch nicht genügend resorbiert, dann wartet man noch weitere drei bis vier Tage. Strengste Asepsis ist notwendig, zumal man es hier mit gequetschten Gewebsmassen und Blutkoagulis, reinen Nährböden für Eitererreger, zu tun hat. Deshalb bereitet Vf. die Haut vor, indem er am ersten Tag einen Umschlag mit einer dünnen Schicht grüner Seife machen läßt, unter den Eisbeutel; am nächsten Tag bürstet er das Bein zwei bis dreimal mit grüner Seife ab und dann macht er Umschläge mit einer Sublimatlösung 1:500 bis zur Operation. Unmittelbar vor der Operation pinselt er die Haut des Operationsgebietes mit Jodtinktur ein. Die Finger des Operateurs sollen gar nicht direkt das Operationsfeld berühren. Mit einigen Teilstrichen einer $^1/_4$%igen Kokainlösung, injiziert in die Linie der Schnittführung, macht Vf. das ganze Gebiet anästhetisch und kommt so ohne Narkose aus. Der Schnitt wird, nach unten konvex, halbmondförmig geführt, und zwar ein wenig oberhalb der Tuberositas tibiae, damit die Narbe nicht später an dieser adhärent wird. Nach Eröffnung des Gelenks werden Blutkoagula mit steriler physiologischer Kochsalzlösung ausgespült, die zerrissenen Kapselränder werden angefrischt und vernäht und dann werden die Stücke der Patellasehne miteinander vernäht, indem man besonders auf eine gute Apposition der Bruchenden achtet. Als Nahtmaterial verwendet Vf. Känguruhsehne. Aseptischer Verband, Schiene aus Gipsbinden, die angefertigt wird, indem die Binden in Form eines Brettes übereinandergelegt und vor dem Hartwerden auf die Rückseite des Beines gelegt und festgebunden werden. Unter diese Gipsschiene, die direkt auf die Haut zu liegen kommt, legt man eine dünne Schicht Vaseline auf die Haut. Nach dem Hartwerden wird die Schiene mit Heftpflasterstreifen am Beine festgehalten. — (The Canadian Practitioner and Review Nr. 3, 1905.)
Klar, Heidelberg.

Frakturenbehandlung und Kontentivverband.
Von Reg.-Arzt Dr. Johann Scheidl.

In der Sitzung des „Wissenschaftlichen Vereines der Militärärzte der Garnison Wien“ sprach Regimentsarzt Scheidl über obiges Thema. Nachdem er einen geschichtlichen Ueberblick über

die Behandlung von Beinbrüchen mit Gehverbänden gegeben hatte, demonstrierte der Vortragende einen von ihm erfundenen Apparat, der die geschulte Assistenz, die sonst bei Anlegung eines Gipsverbandes notwendig ist, überflüssig, bezw. entbehrlich macht. Der Apparat besteht aus einer Stahlschiene, auf welcher ein Halbring für den Beckenteil und ein Schraubenzylinder, der eine Säule vor sich herschiebt, als Angriffspunkte für die Extension und die Kontraextension befestigt sind. Die Extensionsschlinge wird über Rist und Ferse als Achtertour gelegt, geknotet und an die Säule befestigt. Durch einen Querriegel und einen Fußstab wird die Stellung des Fußes, nach der Extension, zum rechten Winkel korrigiert, eventuell kann aber diese Stellungskorrektur vom Kranken selbst mittels eines Bindenzügels ausgeführt werden.

Danach wird der Gipsverband über Apparat und Bein angelegt. Nachdem der Verband hart geworden ist, wird der Apparat stückweise aus ihm herausgenommen. — (Der Militärarzt Nr. 8, 1905.)

Klar, Heidelberg.

Ueber den Pes calcaneus traumaticus.
Von L. S. Vulowitsch.

Man unterscheidet zwei Hauptarten von Hackenfuß: 1. den Pes calcaneus, verursacht durch starke Dorsalflexion des Fußes, Pes calcaneus sursum flexus, und 2. den Pes calcaneus, bedingt durch Tiefstand der Ferse, Pes calcaneus sensu strictiori.

Der Pes calcaneus sensu strictiori ist nie angeboren und entsteht durch Ausschaltung der Wirkung der Wadenmuskulatur, durch Lähmung der hohen und tiefen oder nur der hohen, in der Achillessehne vereinigten Wadenmuskeln; ferner kann ein Hackenfuß im engeren Sinne bedingt sein durch eine traumatische oder operative Durchtrennung der Achillessehne, durch Reflex bei schmerzhafter Affektion der Fußsohle und endlich durch Bandagieren, bezw. zu kurzes Schuhwerk (chinesischer Weiberfuß). Zu den von Nicoladoni und von Wittek veröffentlichten Fällen von Pes calcaneus traumaticus fügt Vf. einen neuen hinzu:

Ein neunjähriger Knabe trat sich beim Spielen eine Glasscherbe in die rechte Achillessehne und wurde danach längere Zeit von einem Arzt behandelt. Seitdem trat der Knabe mit dem rechten Fuße stets zuerst mit dem Hacken auf, Schmerzen und auffallende Ermüdbarkeit waren nicht vorhanden. In der Gegend der rechten Achillessehne, dicht unter der Höhe der Malleolenspitze, fand sich eine eingezogene 1 cm lange Narbe, die mit dem peripheren Stumpf der zerrissenen Achillessehne verwachsen war. Das sonst normalerweise vorhandene Vorspringen der Achillessehne war nicht zu fühlen. Ueber 7 cm oberhalb der Narbe sah man eine flache Erhebung der Haut und fühlte deutlich das verdickte Ende des zentralen Sehnenstumpfes. (Der behandelnde Arzt hatte die Durchtrennung der Achillessehne offenbar übersehen, hatte die Sehnennaht nicht gemacht und später den eintretenden Hackengang durch „Gewöhnung" erklärt!) In der Ruhestellung wurde der Fuß wie ein Pes valgus excavatus gehalten. Die Muskulatur der rechten Wade war um 1·8 cm schwächer als auf der gesunden Seite, elektrisch reagierten die Muskeln normal, Sensibilität ebenso intakt. Die Dorsalflexion des rechten Fußes war mit geringer Abduktion verbunden, die Plantarflexion nur bis zum rechten Winkel möglich, Achillessehnenreflex fehlte rechts. Im Röntgen-Bild sah man am rechten Fuße, daß die sagittalen Achsen des Fußes und des Calcaneus fast einen rechten Winkel bildeten, der Processus posterior calcanei sah gerade nach unten, die obere horizontale Gelenkfläche des Calcaneus war fast senkrecht nach hinten gerichtet und am Talus nach vorne verschoben. Die Operation bestand in schräger Absägung des Fersenhöckers, Verschiebung dieses nach hinten und oben, Befestigung in der neuen Stellung durch einen Nagel und Naht der angefrischten Achillessehnenstümpfe. Durch die Operation wurde wesentliche Besserung erreicht.

Vf. bespricht eingehend die Veränderungen der Knochenstruktur in den Fußknochen des Pes calcaneus und erörtert die Indikationen und Möglichkeiten der

Operationen, insbesondere der verschiedenen Methoden der hier ein dankbares Gebiet findenden Sehnenüberpflanzungen. — (Inaug.-Diss. Berlin 1905.)

Klar, Heidelberg.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Frage über die Entfernung der Ovariendermoide durch die Vagina. Von A. A. Anufriew.

Vf. berichtet über zwei Fälle von Ovariendermoiden, die er mit bestem Erfolge auf vaginalem Wege entfernt hatte. In einem der beiden Fälle konnte die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden, in dem anderen mit großer Wahrscheinlichkeit. In beiden Fällen konnte der Tumor im Stehen im vorderen Scheidengewölbe (Küstner'sches Zeichen) getastet werden. Beide Tumoren waren beweglich und konnten ohne große Mühe vaginal nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes und vorausgeschickter Punktion entfernt werden. In einem Falle war der Verlauf ein vollkommen glatter, im anderen trat Stumpfeiterung auf. Vf. kommt, gestützt auf seine eigenen Beobachtungen sowie die diesbezüglichen Literaturangaben, zu folgenden Schlüssen: 1. Für die Entfernung beweglicher Ovariendermoide ist der vaginale Weg der weniger gefährliche. 2. Der Inhalt einer auch hochliegenden Zyste gibt, selbst wenn er eitrig sein sollte, keine Kontraindikation zur vaginalen Ovariotomie, wenn der Tumor beweglich oder durch etwa vorhandene geringgradige Adhäsionen in seiner Beweglichkeit nur wenig eingeschränkt ist und dem Scheidengewölbe genähert werden kann, da in diesem Falle für den Abfluß des Tumorinhaltes günstige Bedingungen geschaffen werden können. 3. Bei großen Tumoren, die in den hinteren Douglas nicht eingestellt werden können, ist es bequemer, durch das vordere Scheidengewölbe zu operieren. 4. Sollte eine Stumpfeiterung auftreten, dann ist eine Inzision des hinteren Scheidengewölbes am Platze. 5. Dermoide, die nicht im kleinen Becken liegen, mit den Nachbarorganen adhärent sind, bei denen der Verdacht auf maligne Degeneration oder septischen Inhalt vorhanden ist, sind durch Laparatomie zu entfernen, mit möglichster Schonung der Tumorwand. Wird letztere im Drange der Geschäfte verletzt, dann ist vorsichtshalber auf alle Fälle per vaginam zu drainieren. 6. Eine präzise Indikation für abdominales oder vaginales operatives Vorgehen ergibt sich von Fall zu Fall. — (Russki Wratsch. Nr. 39, 40 u. 43, 1903.) Königstein.

Beitrag zur Pubiotomie nach Gigli. Von P. Baum.

Vf. berichtet über zwei Fälle, in welchen er genau nach den Vorschriften von Gigli, bezw. van de Velde vorging. Vorerst mußte er die unangenehme Bemerkung machen, daß die Blutung aus den durchschnittenen Muskelpartien behufs Freilegung des Knochens eine sehr bedeutende war und nur durch ausgiebige Tamponade gestillt werden konnte, welcher Umstand den Operationsverlauf sehr verzögerte. Das Durchführen der Drahtsäge hinter dem Knochen und das Durchsägen desselben ging leicht und glatt vonstatten. Das Becken klaffte einige Finger breit. In beiden Fällen wurden die Kinder lebend mit der Zange entwickelt. Vf. wendet sich dann gegen die von Gigli, bezw. van de Velde aufgestellte Behauptung, daß durch die von ihnen angegebene Schnittführung jegliche Weichteilverletzung vermieden werde. In beiden Fällen platzte die Vagina so, daß sie mit der Operationswunde kommunizierte. In einem der beiden Fälle wurde überdies noch die Harnblase angerissen. Die Wundverhältnisse sind nicht einfacher als bei der Symphyseotomie. Die Höhlenwunde ist ebenso groß und zerrissen wie nach dieser. Als ganz besonders erschwerender Umstand kommt noch hinzu, daß man es mit einer komplizierten Knochenverletzung in nicht aseptisch zu haltender Umgebung zu tun hat, mithin einer der allerschwersten Komplikationen, deren Prognose keine gute ist. Der Exitus beider Fälle an Sepsis lieferte den schlagenden Beweis für diese Tatsache und läßt in Vf. für die Zukunft den Entschluß

fassen, wieder reuig zur Symphyseotomie zurückzukehren, die er schon des öfteren mit bestem Erfolge ausgeführt hat. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 17, H. 5.) Königstein.

Bemerkungen zu den Methoden der Zystokelenoperation mit und ohne Prolaps des Uterus. Von C. O. Thienhaus.

Vorerst beschäftigt sich Vf. mit der Frage, welche Erscheinung bei diesem Krankheitsbilde die primäre ist, die Inversion der vorderen Vaginalwand oder die Retroflexio uteri. Vf. ist der Ansicht, daß beide Entstehungsarten möglich sind, aber in der überwiegenden Anzahl der Fälle dürfte wohl die Gebärmutterverlagerung das kausale Moment darstellen. Vf. steht auf dem Standpunkte, daß bei der operativen Behandlung des Vorfalles eine Fixation der Gebärmutter immer am Platze sein wird. Ob aber gerade die Ventrofixation die geeignete Methode ist, will er dahingestellt sein lassen, da Rezidiven wiederholt beobachtet wurden. Vf. empfiehlt ausnahmslos bei allen Prolapsoperationen, die Blase vollständig aus ihrer Verbindung mit der Zervix zu lösen und die Gebärmutter an die Vagina zu fixieren. Letzteres je nach dem Alter der Patientinnen entweder breit oder nur mit einer Naht. Die Uebergangsfalte muß für sich allein vereinigt werden. An dieses Verfahren schließt Vf. je nach Bedarf vordere und hintere Kolporaphie an, Kurettement, keilförmige Exzision oder intravaginale Amputation der Zervix. — (Journ. of the amer. med. assoc. Nr. 20, 1903.) Königstein.

Milzexstirpation wegen Stieltorsion der Wandermilz. Von E. Ullmann.

Vf. berichtet über eine Patientin, die mit Malariawandermilz in seiner Beobachtung stand. Eines Tages fand Vf. die Milz fast aufs doppelte vergrößert im rechten Hypochondrium. Die früher deutlich nachweisbare Beweglichkeit war wesentlich eingeschränkt, das Organ selbst auf Druck sehr empfindlich. Ueberdies bestanden bereits seit zwei Tagen sehr heftige Schmerzen im Mutterleibe. Vf. eröffnete die Bauchhöhle durch einen Schnitt, der über die größte Zirkumferenz des Tumors im rechten Hypochondrium geführt wurde. Dabei zeigte sich, daß die Milz mit ihrem Stiele um 180° gedreht war und infolge der dadurch bedingten Zirkulationsstörung stark hyperämisiert war. Sie wurde exstirpiert und der Heilungsverlauf war ein glatter. Besonders hervorzuheben ist, daß eine gleichzeitig bestehende fünfmonatliche Gravidität nicht in ihrem Fortbestande gestört wurde. Sieben Wochen nach der Entlassung mußte Patientin neuerlich aufgenommen werden, da sich nach einem Tags zuvor stattgehabten Abortus Symptome einer schweren Peritonitis zeigten. Der Verlauf war ein lätaler. Die vorgenommene Sektion ergab als Todesursache kriminellen Abortus. — (Klin.-therap. Rundschau Nr. 7, 1903.)

Königstein.

Zur Behandlung des Puerperalfiebers. Von Herff.

Vf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen in dieser Frage zu folgenden Schlüssen: 1. Lokale Behandlung ist bei Puerperalfieber im allgemeinen zu unterlassen. In ganz speziell indizierten Fällen kann gleich zu Beginn des Fiebers eine intrauterine Ausspülung, die eventuell zu wiederholen ist, gemacht werden. Wenn nach wenigen Stunden nicht eine auffallende Besserung eintritt, dann haben die intrauterinen Ausspülungen keinen Zweck und ist mit denselben zu sistieren, da sie unter Umständen Schaden anrichten können. 2. Ein Kurettement des Uterus behufs Entfernung der erkrankten Schleimhaut ist zu unterlassen. 3. Wenn auch in einzelnen Fällen die Serumtherapie Erfolge aufzuweisen hat, so ist im allgemeinen kein sicherer Verlaß auf das Antistreptokokkenserum. 4. Die perkutane Anwendung von Unguentum Credé bezeichnet Vf. nach seinen eigenen Erfahrungen als erfolglos. Ob mit der intravenösen Anwendung des Silbers in Form des Kollargol Erfolge zu erzielen sind, ist abzuwarten. 5. Es ist darauf zu achten, daß der Körper in ausgiebiger Weise immobil gemacht wird. 6. Es ist dafür Sorge zu

tragen, daß der Uterus sich vollkommen involviert. 7. Große Sorgfalt ist der Ernährung zuzuwenden. Ganz besonders warnt Vf. vor Verabreichung von Alkohol in größeren Mengen an schwer Septische. 8. Vf. empfiehlt zur Hebung der Herztätigkeit außer den gewöhnlich gebräuchlichen Herzmitteln die frühzeitige Verabreichung von Strychnin in dosi refractis. 9. Nur ganz ausnahmsweise sind Antipyretika indiziert in längere Zeit sich hinziehenden Fällen eine Thermotherapie ohne Bäder. — (Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, 33. Jahrg., Nr. 2.)

Königstein.

Ueber Gesichtslagen. Von Ostrčil.

Die Arbeit des Vf. basiert auf 59 Fällen von Gesichtslagen, die unter 11.513 Geburten auf der Gebärklinik von Rubeška zur Beobachtung kamen. Vf. kommt auf Grund der diesbezüglichen Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: Der Verlauf der Geburt bei Gesichtslage ist für die Mutter nicht gefährlicher als bei Hinterhauptslagen. Die Dauer ist nur unbedeutend länger. In 50% der Fälle springt die Blase vorzeitig wegen vorhandener Beckenenge. Die Gefährdung des Dammes ist nicht größer als bei den anderen Kopflagen. Auch der Verlauf des Wochenbettes bleibt unberührt. Nur das kindliche Leben ist in größerer Gefahr. Das Vorgehen des Vf. bei Gesichtslagen ist in erster Linie ein Versuch der Korrektur nach Schatz. Mißlingt derselbe, so wird in der ersten Geburtsperiode und beim Fehlen irgend welcher Komplikation zugewartet. Ist die Blase vorzeitig gesprungen und der Kopf bei verstrichenem Muttermund noch nicht eingetreten, so wird nochmals in Narkose die Korrektur nach Schatz versucht, und, falls dieselbe mißlingt, die Stellungskorrektur nach Thorn vorgenommen. Vf. hat letzteres Vorgehen in zehn Fällen versucht und darunter nur zwei Mißerfolge gehabt. Sind Komplikationen vorhanden, so empfiehlt Vf. die Wendung. In einem Falle war Vf. genötigt, bei Nabelschnurvorfall und totem Kinde zu perforieren, in sechs Fällen wurde die Geburt mit der Zange beendet und in zwei Fällen gewendet. Die häufigste Ursache der Gesichtslage ist nach der Erfahrung des Vf. Beckenenge, und zwar am häufigsten in der Form des platt verengten Beckens, dann abnorme Größe der Frucht, speziell großer biparietaler Durchmesser. Dazu kommt noch eine ganze Reihe unterstützender Momente. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 6—8, 1903.)

Königstein.

Augenheilkunde.

Prognostik der eitrigen Augenentzündungen der Neugeborenen. Von L. F. Terrien.

Die Prognose hängt vor allem von der Art der Erreger ab: die gonorrhoische Augenentzündung ist charakterisiert durch den mikroskopischen Befund, den klinischen Verlauf (Infiltrations- und eitriges Stadium) und besonders durch den Anfang am zweiten bis dritten Tage nach der Geburt. Sie ist stets viel ernster zu beurteilen, als die ebenso häufig vorkommenden Konjunktivitiden, die ihre Entstehung den Pneumo-, Staphylo-, Streptokokken, Influenzabazillen u. a. verdanken. Diese Formen treten gewöhnlich nach dem fünften Tage auf, sie bleiben mit sehr seltenen Ausnahmen frei von Kornealkomplikationen und heilen meistens rasch ab.

Die Prognose verschlechtert sich bei Eintritt von kornealen Affektionen, die gewöhnlich in der unteren Hälfte der Hornhaut zuerst auftreten; die Perforation mit dem ihr folgenden Leukoma adhaerens bedeutet fast stets einen teilweisen oder vollständigen Gesichtsverlust. Dagegen hellen sich Trübungen, die nach einer nicht zur Perforation gekommenen Keratitis zurückbleiben, bei den Säuglingen oft wieder merkwürdig gut auf.

Sehr wichtig ist für die Prognose das rechtzeitige und energische Einsetzen der Therapie. Man kann sagen, daß die Blenorrhöe der Neugeborenen im Gegensatz zu derjenigen der Erwachsenen stets durch eine richtige Behandlung zu einem guten Ende geführt werden kann. Die Therapie besteht während des Stadiums

der Infiltration in Eisumschlägen, Applikation von Blutegeln an der Schläfe und 2—3stündlichen großen Ausspülungen mit Borwasser, Kalium permanganicum, Hydrargyrum bijodatum etc. Bei zu starker Schwellung und Schwierigkeit, die Augen zu öffnen, tun die Kanthotomie und die Anwendung der Desmarresschen Lidhalter (sehr gefährlich bei drohender Perforation! Ref.) gute Dienste. Für das eitrige Stadium ist die Behandlung mit 1—3%igen Höllensteinlösungen und nachfolgender Neutralisation mit Kochsalzwasser immer noch die beste. Hornhautkomplikationen bilden keine Kontraindikation gegen Höllenstein; bei ihrem Eintritt sind die kalten Umschläge durch warme zu ersetzen. Bei drohender Perforation läßt sich der Irisprolaps manchmal durch Atropin oder Eserin je nach dem zentralen oder peripheren Sitz des Ulkus verhindern. — (Journ. des Praticiens, 13. Mai 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber das Jothion. Von Max Joseph und Max Schwarzschild.

Der Vorteil des Jothions liegt darin, daß es die Einverleibung von Jod gestattet, ohne daß die bekannten üblen Nebenwirkungen desselben sich geltend machen. Versuche, Jod perkutan zu verwenden, sind nicht neu und seit langem gemacht worden; wir erinnern in dieser Beziehung auch an das Jodvasogen, doch hat sich im allgemeinen gezeigt, daß die auf diesem Wege einverleibten Mengen meist zu gering sind, um die angestrebte Wirkung hervorzurufen.

Das Jothion ist ein Jodwasserstoffester mit etwa 80% organisch gebundenem Jod, bei welchem nach den Untersuchungen Wesenbergs bei wiederholter Einreibung nach 4—6 Tagen die nachweisbare Menge des resorbierten, bezw. ausgeschiedenen Jods bis auf 42% des zur Verreibung gelangten steigt.

Schwarzschild hebt als Vorzüge der perkutanen Anwendung hervor: die Möglichkeit der beschränkten Lokalisation, die Schonung des Verdauungstraktes, das seltene Auftreten von Nebenerscheinungen; schließlich meint er auch, daß der Körper hiebei — er zieht zur Analogie die Inunktionskur mit Quecksilber heran — von dem in der Haut angelegten Depot nur soviel (Hg.) an sich zieht, als er bedarf, eine gewiß unrichtige Vorstellung, denn sonst dürfte es überhaupt nie zu Intoxikationen auf diesem Wege kommen. Weniger wäre auch diesmal mehr gewesen.

Bei seinen Versuchen verwendete er 25—50%ige Jothionsalbe, von welcher ein Teelöffel voll täglich nach Art der Inunktion mit Quecksilber und im gleichen Turnus zur Verwendung kam. Leichtes Brennen ist unmittelbar nach der Einreibung subjektiv merkbar, die leichte Rötung kann wohl auch Folge der Massage sein, wirkliche Reizerscheinungen treten nie auf, selbst an empfindlichen Hautstellen (Skrotum) nicht; das Jod konnte mittels der Nitrit- oder der Indikanprobe nachgewiesen werden. Was das zur weiteren Erprobung verwendete Krankenmaterial betrifft, so ist es ziemlich geringfügig; hier erstreckten sich die Untersuchungen bloß darauf, wie das Jothion auf lokale luetische Affektionen wirke, so auf eine dem Sitze der ehemaligen Sklerose entsprechende, trotz vorausgegangener Allgemeinbehandlung zurückgebliebene Induration oder auf restierende große Inguinaldrüsen. In diesen Fällen hatte die lokale Einreibung mit Jothion in bohnengroßen Stücken immer den gewünschten und ziemlich raschen Erfolg. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24, 1905.)

D.

Ein Fall von Glykosurie nach medikamentöser Quecksilberverabreichung. Von Ch. J. Fauconnet.

Auf dem Wege des Tierexperiments ist es seit langem nachgewiesen, daß das Quecksilber zu jenen Giften gehört, die zwar nicht konstant, aber doch ziemlich häufig Zuckerausscheidung hervorrufen. Dagegen gaben diese Versuche bisnun noch immer keine sichere Aufklärung

über die Pathogenese des Prozesses, indem die einen Autoren Schädigungen des Bodens des vierten Ventrikels, die anderen solche des Parenchyms der Leber oder endlich der Nieren dieser Ausscheidung zugrunde legten.

Ueber die Hg.-Glykosurie beim Menschen sind die Berichte außerordentlich spärlich; bloß Kletzinsky behauptet, daß sich in allen jenen Fällen, in denen Quecksilber im Urin nachweisbar war, immer auch kleine Mengen von Zucker fanden.

Der vorliegende Fall hat sein besonderes Interesse darin, daß hier der Zusammenhang zwischen Quecksilberdarreichung und Auftreten der Glykosurie in die Augen springend ist, ohne daß von irgend welchen anderweitigen Intoxikationserscheinungen gesprochen werden kann. Der Kranke, dessen Urin regelmäßig auf Eiweiß und Zucker untersucht worden war, hatte wegen konstitutioneller Syphilis bereits eine Injektion von salizylsaurem und sechs von nukleinsaurem Quecksilber ohne nachweisbare Aenderungen des Urins vertragen, nach der siebenten Injektion von letztgenanntem Mittel trat Zucker auf, und zwar polarimetrisch bestimmt in einer Menge von 0·8%, bereits am zweiten Tage auf 0·2% sinkend; nach weiteren zwei Tagen war der Urin zuckerfrei. Die neuerlich vorgenommene Injektion von nukleinsaurem Quecksilber hatte den gleichen Effekt, ebenso auch die weiters probeweise stattfindenden Sublimatinjektionen; auch nach Inunktionen trat Glykosurie, wenn auch inkonstant und in geringem Grade auf. Untersuchungen in Bezug auf alimentäre Glykosurie ergaben, daß eine Herabsetzung der Toleranz für Kohlehydrate bei dem Kranken nicht bestand, insolange er nicht unter Quecksilberwirkung stand. Es ist zu betonen, daß andere Intoxikationserscheinungen während der ganzen Kur sich nicht eruieren ließen und daß Albumen bloß spurenweise zum Schlusse der Kur zweimal vorübergehend konstatiert werden konnte. Letzterer Umstand würde darauf hinweisen, daß es sich sicherlich um keine wesentliche Alteration des Nierenparenchyms handelt; allerdings läßt die Beobachtung dieses einen Falles auch sonst keine weiteren Schlüsse über die Pathogenese der Erscheinung zu, und es sind weitere Aufklärungen hier nur von der experimentellen Forschung zu erwarten. Jedenfalls aber gibt der Autor hiemit die Anregung, daß in ähnlicher Weise, wie bisnun während der Quecksilberkur auf Eiweiß systematisch untersucht werde, es auch bezüglich des Gehaltes an Zucker stattfinden sollte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1905.) D.

Die Einwirkung der Sublimatinjektionen auf die Schleimhaut der Harnröhre und ihre Gefahren. Von P. Asch.

Der Titel der vorliegenden Arbeit deckt sich nicht mit ihrem Inhalte, es sollte nämlich heißen (relativ) konzentrierter Sublimatinjektionen, da es sich in den fünf vom Autor geschilderten Fällen um Lösungen von 1:500·0 oder höchstens 1000 handelt, die sämtlich von den Kranken ohne Zuziehung ärztlichen Rates entweder zwecks abortiver Behandlung frischer oder schließlicher Beendigung länger dauernder Gonorrhöe verwendet wurden.

In allen Fällen traten bald nach der Applikation des Mittels heftige Schmerzen im Gliede, Schwellung desselben, blutig-seröser Ausfluß und in einem Falle auch die Unmöglichkeit spontaner Harnentleerung ein. Auf Bettruhe, Bleiwasserüberschläge und innerlich Salol oder Urotropin gingen die akutesten Erscheinungen vorüber, doch zeigte sich dann in allen Fällen die Urinentleerung bedeutend verlangsamt, in dünnem Strahle und endete schließlich in Harnträufeln. Die Untersuchung mittels Bougie olivaire ergab in allen Fällen im Verlaufe der Harnröhre stark vorspringende, harte Stränge, in dem einen Falle, der die Möglichkeit der Endoskopie zuließ, auch flach ausgedehnte Infiltration und um die Littré'schen Drüsen und Morgagni'schen Krypten lokalisierte entzündliche Erscheinungen. In allen

Fällen schloß sich an die Behandlung des akuten Stadiums die methodische Erweiterung mittels Bougies und Sonden. Der Autor faßt tatsächlich diese Stränge, bezw. Infiltrationen bereits als Strikturen auf und betont die Kürze der Zeit, in welcher es zur Bildung derselben kam. Bezüglich der Behandlung wurde das Entsprechende bereits angeführt. In dem Falle, der die Endoskopie zuließ, ergab die lokale Pinselung mit Jodtinktur guten Erfolg, da unter dem Einfluß derselben die harten und infiltrierten Gewebsteile aufquellen, erweichen und eine raschere Dilatation zulassen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25, 1905.) D.

Kinderheilkunde.

Sporadischer Kretinismus.

In der Diskussion zu einem von Dr. E. Mather Sill in der Society of the Alumni of City Hospital zu New-York über obiges Thema gehaltenen Vortrag berichtete u. a. Dr. Kerley über Erfolge mit Thyreoid-Behandlung. Er gibt am ersten Tage 0·03 Thyreoid, am zweiten 0·06 und bleibt dann bei dieser Dosis. Das erste Zeichen einer Besserung ist das Aufhören der Trockenheit der Haut, dann zeigt sich eine Abnahme der geistigen Stumpfheit, darauf verringert sich das Gewicht und das Haar wird dünner. Eine konstant feuchte Haut verlangt ein Zurückgehen in der Thyreoiddosis. Das Haar der Kretinen wird trotz aller Behandlung nie normal. Unterbrechung in der Behandlung läßt die alten Symptome wiederkehren.

Dr. Stowell sah bei einem Kretin unter Thyreoid-Behandlung die rapide Heilung eines durch ein Pflaster hervorgerufenen Hautulkus. Die Transplantation einer Thyreoiddrüse in das Abdomen oder an eine andere Körperstelle des Patienten hat höchstens für fünf bis sechs Monate Erfolg, dann atrophiert die Drüse. Intravenöse Injektionen von Thyreoidsubstanz wurden gemacht, aber wieder aufgegeben.

Dr. Terriburg erzählte von einer Mutter, die zweimal Kretinen geboren hatte. Sie wurde darauf mit Thyreoid behandelt und bekam dann ein drittes, vollkommen normales Kind. — (Medic. News Nr. 13, 1905.) Einstein, Stuttgart.

Die Verdaulichkeit von gekochter und ungekochter Milch. Von Lew. W. Marshall in Nottingham.

Vf. sah niemals eine üble Wirkung von gekochter Milch auf den Säugling. Barlow'sche Krankheit ist nach ihm nie durch sterilisierte Milch verursacht, sondern hauptsächlich dadurch, daß man anstatt ihrer Nährpräparate verabreicht. Er hat im Gegenteil den Säuglingsskorbut durch sterilisierte Milch geheilt. Der Einfachheit wegen läßt er übrigens die Milch bloß einmal bis 100° erwärmen. Des weiteren tritt Vf. dafür ein, daß die Studenten besser über die Behandlung der Kuhmilch und ihre dem Einzelfall anzupassende Verwendung unterrichtet werden. — (The Brit. Med. Journ. Nr. 2314, 1905.) Einstein, Stuttgart.

Gonorrhoische Infektionen bei Kindern mit besonderer Beziehung zu ihrem Vorkommen in Anstalten und Maßregeln zu ihrer Vermeidung. Von L. Emmet Holt.

Gonorrhöe der Scheide bei Kindern ist sehr häufig, ihre Behandlung ist äußerst undankbar; in schweren Fällen kann eine allgemeine gonorrhoische Pyämie oder eine Infektion der serösen Häute eintreten. Eine wahre Geißel ist der stark kontagiöse Charakter der Krankheit, der eine strenge Isolation der befallenen Kinder verlangt. Die Verbreitung der Gonorrhöe läßt sich unmöglich verhindern, wenn die erkrankten Kinder im gleichen Raum mit anderen verbleiben, und zwar muß die Quarantäne sich auch auf das Pflegepersonal erstrecken. Bettwäsche und Kleider der Erkrankten müssen separat gewaschen werden. Bei jedem in ein Spital aufgenommenen kleinen Mädchen sollte das Scheidensekret mikroskopisch untersucht werden; ein eitriger Ausfluß ist in jedem Falle höchst verdächtig auf Gonorrhöe, aber auch Fälle mit Gonokokken-Befunden und geringem oder ganz fehlendem Ausfluß müssen in Quarantäne behalten wer-

den. Das gleiche gilt für gonorrhoische Augenerkrankungen und andere Sitze der Krankheit. Sehr zu beachten ist die Gefahr, die dem Pflegepersonal, besonders mit Bezug auf die Infektion der Augen, entsteht. Bis jetzt ist dasselbe in dieser Beziehung noch viel zu wenig unterrichtet. — (New-York med. Journ. and Philadelph. med. Journ., 25. März 1905.)
Einstein, Stuttgart.

Einige Betrachtungen über die Aetiologie der tuberkulösen Meningitis. Von Anna Trnka.

Aus der Beobachtung von 87 Fällen von Meningitis tuberculosa im Kindesalter zieht Vf. folgende Schlüsse: Diese Erkrankung ist im frühen Kindesalter (bis zum 1. und 2. Jahre) häufiger, als allgemein angenommen wird; außer der Tuberkulose der Eltern spielt auch der Alkoholismus und Nervenkrankheiten bei diesen eine begünstigende Rolle; die Lokalisation der Tuberkeln auf den Meningen ist eine Station im Verlaufe der akuten Miliartuberkulose, sie ist keine primäre Tuberkulose, sondern erscheint meist lange nach der Infektion der Bronchialdrüsen, die man fast stets verkäst findet. Diese Tatsache weist auf eine primär aerogene Infektion hin. — (Inaug.-Diss., Nancy 1904.) R., München.

Die Ursachen der Darmtuberkulose des Säuglings. Von Dubreuil.

Als Ursache wird beschuldigt die Infektion mit bazillenhaltiger Milch, die in sehr seltenen Fällen aus der Brust einer tuberkulösen Mutter stammt, meist von tuberkulösen Kühen, oder von Milch, die auf dem Transport, schließlich erst bei der Zubereitung und Verabreichung infiziert wurde. Prophylaktisch ist die Trennung phthisischer Eltern von ihren Kindern wünschenswert, ferner alle auf Reinhaltung der Milch abzielenden hygienischen Maßregeln. — (Thèse de Paris, 1905.) R., München.

II. Diagnostik.

a) Nase und Kehlkopf.

Zur Histologie und Genese der sogenannten „blutenden Septumpolypen". Von Dr. Emil Glas.

Auf Grund einer äußerst sorgfältigen Untersuchung von zehn Fällen dieser eigentümlichen, zwar schon von früher her bekannten, aber erst seit 1892 genauer studierten Neubildung kommt Vf. zu dem Schlusse: Die „blutenden Septumpolypen" sind auf entzündlicher Basis entstandene Neubildungen, welche bei entsprechend disponierter Schleimhaut auf gewisse Reize hin sich entwickeln. Diese Disposition besteht in Atrophie der Schleimhaut, speziell des subepithelialen Bindegewebes und der Drüsen, welche normaler Weise an der Lokalisationsstelle dieser Tumoren in größerer Menge vorkommen. Sie bestehen im wesentlichen aus Granulationsgewebe und neugebildeten Gefäßen und Gefäßräumen. Die Vulnerabilität, bezw. das leichte spontane Bluten dieser Tumoren erklärt sich hauptsächlich aus dem Mißverhältnis zwischen elastischem Fasernetz und Gefäßnetz und aus der an einzelnen Stellen eintretenden Koagulationsnekrose der oberen Schichten. — (Fraenkels Arch. f. Lar., Bd. 17, H. 1, 1905.) Weil.

Zur Lehre vom Tonansatz auf Grund physiologischer und anatomischer Untersuchungen. Von Dr. Ernst Barth.

Die Stimmpraktiker und Stimmpädagogen haben von jeher gefühlt, daß es für die Klangwirkung des Tones am vorteilhaftesten ist, wenn der Tonstrom vom Kehlkopf aus so geführt wird, daß er möglichst vorn am harten Gaumen, hinter den oberen Schneidezähnen anschlägt. Durch welchen physiologischen Mechanismus dies erreicht wird, darüber konnte die Stimmpädagogik jedoch trotz eifrigsten Bemühens keine Auskunft geben.

Die Halsärzte haben in den letzten Jahren die Stellung des Kehlkopfes beim Singen mehrfach untersucht. Hellat kommt zu dem Resultate, daß bei Men-



schen, die ohne besondere Schulung singen, der Kehlkopf entsprechend der Tonhöhe auf- und abgleitet, beim tiefsten Ton am tiefsten, beim höchsten Ton am höchsten steht und daß viele Berufssänger mit derselben Kehlkopfbewegung singen. Hervorragende Künstler singen nach Hellat bei feststehendem und tiefem Kehlkopfstande, mit Ausnahme der Koloratursängerinnen, welche ihre Koloraturpartien mit gehobenem Kehlkopfe singen.

Vf. ist aber schon vor zwei Jahren zu anderen Ergebnissen gekommen, die er seither durch Untersuchungen mit einem von Zwaardemaker angegebenen Apparate bestätigt gefunden hat. Dieser Apparat besteht im wesentlichen aus einer auf dem Adamsapfel fixierten Pelotte, welche die Bewegungen des Kehlkopfes zwei Schreibapparaten mitteilt und so auf zwei rotierenden Trommeln graphisch fixiert, auf der einen die Bewegungen in vertikaler, auf der anderen die in sagittaler Richtung. — An zahlreichen so hergestellten Kurven zeigt Vf., daß von einem festen Kehlkopfstande weder bei hohen noch bei tiefen Tönen, weder bei geschulten, noch bei ungeschulten Stimmen die Rede sein kann, sondern daß der Kehlkopf mit jeder Tonstufe seine Stellung ändert. Nur beim Uebergang aus einem Register in das andere kann, wahrscheinlich aber nur bei besonderer Schulung, der Fall eintreten, daß der Kehlkopf einmal während mehrerer benachbarten Tonstufen in annähernd gleicher Stellung verbleibt. Im allgemeinen nun hebt und senkt sich der Kehlkopf entsprechend der Tonhöhe; merkwürdigerweise tritt aber bei gut geschulten Sängern und Sängerinnen der umgekehrte Bewegungsmodus ein, daß mit ansteigender Tonhöhe der Kehlkopf tiefer tritt und umgekehrt, daß er also bei dem tiefsten Ton seinen höchsten, bei dem höchsten Ton seinen tiefsten Stand innehat.

Zugleich mit dem Herabtreten des Kehlkopfes bewegt sich auch der Schildknorpel nach vorne; dieser zieht das Zungenbein mit sich und ändert zugleich die Stellung der Epiglottis. An instruktiven Abbildungen zeigt Vf., wie bei den höchsten Tönnen das freie Ausströmen der Tonwellen durch die tiefe Stellung des Larynx befördert, durch dessen hohe Stellung aber gehindert wird und wie bei dieser letzteren zugleich die freien Ränder der schwingenden Stimmlippen in ihrem vorderen Drittel gegen den von oben herabgedrückten Kehldeckel schlagen müssen. So erklärt Vf. die Entstehung der Sängerknötchen an diesem ihrem Lieblingssitze, und zwar um so leichter, je kleiner die anatomischen Dimensionen sind, also besonders beim weiblichen und kindlichen Kehlkopfe. — (Fraenkels Arch. f. Lar., Bd. 16, H. 3, 1904.) Weil.

b) Lunge und Pleura.

Ein Beitrag zur Kasuistik der Säuglingstuberkulose. Von Dr. D. Klepetař in Prag.

Bei einem $5^1/_2$ Monate alten, von der Mutter genährten Säugling, der seit acht Wochen wegen „Lungenentzündung“ behandelt worden war, fand Vf. Tuberkelbazillen im Sputum und Ohreiter. Er stellte dann auch bei der Mutter, die seit sechs Monaten hustete, eine Lungentuberkulose fest. Der Fall weist wieder auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose der Tuberkulose hin, hier besonders mit Rücksicht auf eine frühzeitige Trennung von Mutter und Kind und auf ein etwaiges Stillverbot. — (Prager med. Wochenschrift Nr. 1, XXX. Jahrg.)

Einstein, Stuttgart.

Ueber ein eigentümliches Auftreten tympanitischer Schallbezirke im Gebiet der Flüssigkeitsansammlung bei Sero- und Pyopneumothorax. Von Prof. Dr. Bäumler.

Inmitten der Flüssigkeitsdämpfung durch lange Zeit konstant einen ganz hellen tympanitischen Schallbezirk anzutreffen, muß natürlich überraschen. Vf. beobachtete mehrere solche Fälle, die Erklärung aber ist keine einheitliche, sondern in jedem Falle eine andere. 1. Kann teilweise komprimierte, der Brustwand noch adhärente Lunge, besonders vorn und seitlich unten, den tympanitischen Schall bedingen. 2. Können unregelmäßig abgesackte Buchten des Luftraumes des Pneumothorax das Phänomen herbei-

führen. 3. Können sich in fibrinösen Membranen und netzartig verstrickten Fibrinmassen vorübergehend Luftblasen ansammeln. 4. Scheint bei gewissen Spannungsverhältnissen und vielleicht auch ähnlich wie bei Erzeugung des Metallklanges, bei einer bestimmten Richtung des Perkussionsstoßes, durch Flüssigkeit hindurch in einem größeren, oberhalb derselben befindlichen Luftraum tympanitischer Schall hervorgerufen werden zu können. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 84, 1905.) E. H.

c) Magen und Darm.

Ueber die Bedeutung des Kotsteines in der Aetiologie der Epityphlitis. Von Prof. Dr. R. Aschoff in Marburg.

Ebensowenig wie die Gallensteine an sich eine akute Cholezystitis hervorrufen, können die Kotsteine, nach der Erfahrung des Vfs., als Ursache der Epityphlitis in Betracht kommen. Wie aber der Gehalt an Steinen eine etwaige bakterielle Entzündung der Gallenblase begünstigt und schwerer gestaltet, als in einer steinfreien Blase, so wirkt auch der Kotstein in mancherlei Richtung begünstigend und verschlimmernd auf den epityphlitischen Anfall ein. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle kommt die Epityphlitis durch bakterielle Infektionen eines steinfreien, nicht selten sogar kotfreien Wurmfortsatzes zustande. Die bakterielle Infektion befällt gelegentlich einen ganz gesunden Wurmfortsatz. Sie wird durch alle möglichen Momente (Hypertrophie der Wurmfortsatztonsille, mechanische Erschwerung des Sekretabflusses durch Lageveränderungen und Klappenmechanismus, Traumen u.s.w.) begünstigt. Ob die pathogenen Bakterien stets vom Darm oder den Blutwegen aus eingewandert sind, oder virulent gewordene Gelegenheitsbewohner des Wurmfortsatzes darstellen, ist schwer zu entscheiden. Wird die Möglichkeit einer solchen Virulenzsteigerung überhaupt zugegeben, so ist Anwesenheit von Schleim- und Kotballen dazu unnötig. Eine nicht bakterielle, durch einfache Einklemmung eines Kotsteines hervorgerufene Reizung des Wurmfortsatzes mit kolikartigen Schmerzen, entsprechend der mechanisch-aseptischen Reizung der Gallenblase beim eingeklemmten Gallenstein ist, wenn überhaupt beweisbar, ein sehr seltenes Vorkommnis. — (Med. Klinik. Nr. 24, 1905.) F. L.

Ueber Magenkrebs im jugendlichen Alter. Von G. Gander.

Magenkrebs im jugendlichen Alter ist nach der Konstatierung des Vfs. häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. Seine Symptome entsprechen denen des Magenkrebses Erwachsener und seine Entwicklung ist im allgemeinen nicht schneller (pas plus rapide) als bei diesen (hinter diesen letzteren Satz erlaubt sich Ref. ein großes Fragezeichen zu setzen). Die zahlreichen diagnostischen Irrtümer (zirka 45%) resultieren aus dem Umstand, daß man eben nur in seltenen Fällen bei Patienten dieses Alters an Magenkarzinom denkt. (Siehe Heft 4, 1905, dieses Zentralblattes, Seite 203.) — (Diss. Bern, 1904.) F. L.

Ein Fall von Darmkonkrementen. Von Dr. Naunyn.

Abgesehen von Fremdkörpern, Gallensteinen, den Kotsteinen des Wurmfortsatzes finden wir echte Darmsteine selten genug nach Einnahme von Natron bicarbonicum, Magnesia carbonica, bestehend aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia; ferner als Schellacksteine bei Leuten, die Politur tranken, endlich als echten Darmgries meist neben Colica mucosa. Vf. beobachtete Kotsteine aus harziger Substanz bei einem Arzt, der lange Zeit heftige Darmbeschwerden, mit Schmerz und Resistenz im linken Hypogastrium, durchmachte. Die Provenienz der endlich abgegangenen „Steine“ waren durch zehn Jahre lang ununterbrochen fortgesetzte, dreimal tägliche Mundspülungen mit Tinct. Myrrhae und Tinct. Ratanhiae aa. Das Harz fiel in Flocken aus, so reichlich wurde es dem Spülwasser zugesetzt. Das Krankheitsbild erinnerte durch fieberhafte Anfälle an Appendizitis; doch fehlte den Anfällen, die mit vorübergehenden Undurchgängigkeitserscheinungen einhergingen, jedes Fortschreiten zum Schlech-

teren. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 84, 1905.) E. H.

d) Leber.

Ueber die fieberhaft verlaufende Lues der Gallenblase und Gallengänge sowie der Leber. Von Prof. Riedel in Jena.

Die auszugsweise Mitteilung einer Reihe äußerst instruktiver, meist operativ angegangener Krankheitsfälle, die das wenig gekannte Symptomenbild der febrilen Cholecystitis luetica mit und ohne Ikterus illustrieren, wobei insbesondere die differential diagnostischen Schwierigkeiten Choledochussteinen gegenüber bestens in den Vordergrund treten.

Die prävalierende Erscheinung der spezifischen Cholezystitis bei geringfügigen syphilitischen Leberveränderungen hat Vf. dreimal beobachtet. I. Eine 52jährige Frau bietet Symptome, die auf Steinbildung im Gallenblasenhalse schließen lassen: Seit einem Jahre Schmerzattacken in der Lebergegend mit Erbrechen, dazu Frost und Hitze. Die Gallenblase deutlichst sicht- und fühlbar prall gespannt. Abendtemperatur 38·2 bis 39°. Bei der Inzision der mit Netz und Duodenum verwachsenen Gallenblase tritt nur eingedickte Galle hervor. Die Leber charakteristisch syphilitisch verändert. Jodkalitherapie. Patientin seit 10 Jahren gesund geblieben. In den zwei weiteren Fällen, 38 Jahre, 52 Jahre alte Frauen, war die Lues anamnestisch festgestellt. Auch waren die Beschwerden auf eine entzündliche Mitbeteiligung der Gallenblase zu beziehen; nur frug es sich, ob nicht gleichzeitig Gallensteine vorhanden waren. Die operative Eröffnung ergab das Fehlen von Steinen, dagegen fanden sich schwere Leberveränderungen, sowie Verwachsungen der Gallenblase mit dem Pylorus und Duodenum. Daß eine fieberhaft verlaufende Leberlues eine Cholezystitis vortäuschen kann, beweist Fall IV, der einen 37jährigen, vor 16 Jahren mit Lues infizierten Arzt betraf, bei welchem eine mit Fieber einhergehende, druckempfindliche Geschwulst der Gallenblasengegend als Empyem der Blase angesprochen wurde. Obschon Vf. stets nur einen harten Leberrand palpieren konnte, gab er dem Drange des Kollegen nach und ging die seitens eines autoritativen Internisten agnoszierte Bildung operativ an. Die Inzision ergibt, daß der gefüllte Tumor der vordere, stark verdickte Rand der Leber ist. Seit dem Eingriff (6 Jahre) ist Patient dauernd gesund geblieben und hat um 31 Pfund zugenommen. Das hier aufgetretene Fieber war merkwürdigerweise mit der Operation wie weggewischt. Das febrile Begleitsymptom hat Vf. auch sonst in vielen Fällen von Leberlues verzeichnet, ohne jedoch hiefür eine Erklärung geben zu können. Eine Cholecystitis acuta sine concremento hat Vf. bei einem neunjährigen Knaben gesehen, die vor dem Einschnitt in die Gallenblase für hereditär luetisch imponierte. Das Kind bot ein außerordentlich schweres Krankheitsbild dar. Bauchmuskeln kontrahiert wie bei Peritonitis. Die Gallenblase in der Narkose als birnförmiger Tumor vorspringend. Die Vesic. fel. gangränös, späterhin auch noch Gangrän der Bauchmuskeln. Es handelte sich um eine akute Infektion der Gallenblase mit einer zur Gruppe der Kolibazillen geeigneten Keimart. Auch in diesem Falle trat Heilung ein.

Die Cholecystitis luetica mit nachfolgender Cholangitis wird an einem 43jährigen Manne demonstriert, der, vor Jahren infiziert, wiederholt Gallensteinkoliken ohne Ikterus bestand, späterhin auch von schwerer Gelbsucht befallen wurde. Die Frage, ob Leber-, respektive Gallengangsyphilis oder Gallensteine, oder beides gleichzeitig vorlag, konnte erst durch die Inzision entschieden werden. Bei der Eröffnung entleerte sich Galle und eitrige Flüssigkeit, deshalb partielle Ablösung der Gallenblase von der Leber, Einnähung in die Bauchdeckenwunde. Nach beginnender Erholung führte eine Darmblutung zum Exitus. In zwei weiteren Fällen, in welchen der Verdacht auf Leber-, respektive Gallenganglues bestand, handelte es sich um Appendicitis larvata. Retrozökale Eiterherde hatten den völlig kachierten Verlauf der Blinddarmentzündung bedingt. Daß man bei schmerzlos verlaufenden Leber- und

Gallensteinaffektionen nicht immer Gallensteine ausschließen und an Lues denken darf, wird an zwei instruktiven Fällen erhärtet. — (Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 14, H. 1 u. 2, 1904.) N.

e) Pankreas.

Zur Aetiologie der Pankreasfettnekrose nebst einem neuen Fall zur Kasuistik derselben. Von Paul Lißmann.

Bezüglich der Aetiologie kommt Vf. zu folgendem Ergebnis:

1. Die bakterielle Aetiologie der Fettgewebsnekrose ist bis jetzt noch nicht erwiesen.

2. Die Fettgewebsnekrose entsteht bei der Berührung mit Pankreassaft.

3. Sie ist wahrscheinlich eine Wirkung des im Pankreassaft enthaltenen fettspaltenden Ferments (Steapsin).

4. Pankreassaft tritt aus:
a) bei traumatischen Verletzungen,
b) bei direkter Sekretstauung,
c) bei Autodigestion des Pankreasparenchyms.

5. Fettnekrose ist daher eine Folge der Pankreasaffektion.

6. Direkte Sekretstauung entsteht durch Pankreassteine und Tumoren benachbarter Organe.

7. Autodigestion des Pankreasparenchyms entsteht bei Zirkulationsstörungen der Fermentzellen. Solche Störungen können sein:
a) Gefäßthromben, Ischämen durch Gefäßkrämpfe, Atheromatose, Marasmus, Blutungen,
b) Hyperämie, Entzündung; diese beiden führen indirekt zur Sekretstauung.

8. Die Entzündungen können sein:
a) mikroparasitäre,
b) fortgeleitete,
c) hämatogene.

9. Syphilis, Potatorium, Adipositas und Herzfehler prädisponieren zur Entstehung von Pankreaserkrankungen und damit von Fettgewebsnekrosen.

10. Fettgewebsnekrose kann sekundär reaktive Entzündungen und Blutungen veranlassen. — (Dissertation, München 1903.) F. L.

f) Niere.

Ein Fall von wahrscheinlich syphilitischer Schrumpfniere im Kindesalter. Von Bronislawa Pallulon.

Nach allgemeinen Betrachtungen über die verschiedenen Arten von Nephritis chronica und die Schrumpfniere im Kindesalter, gibt Vf. eine Beschreibung eines Falles, bei dem besonders die genaueste mikroskopische Untersuchung und Beschreibung der Nieren mit Berechnung der Durchmesser der Glomeruli und Harnkanälchen interessiert. Die Wucherung der Intima in den kleinen Blutgefäßen der Niere, die bis zur Obliteration führt, gibt einen Anhaltspunkt, die Schrumpfniere vorliegenden Falles als eine syphilitischen Ursprungs zu beurteilen. — (Inaug. Dissert., Zürich 1904.)
R., München.

Beitrag zur Kenntnis der Nierensarkome im Kindesalter. Von Richard Schmid.

Ein selbst beobachteter Fall von primärem Nierensarkom bei einem vierjährigen Kinde gibt Vf. Veranlassung zur Besprechung der Nierensarkome im Kindesalter. Es handelt sich nach ihm wohl ausnahmslos um Neubildungen, hervorgerufen durch ein Vitium primae formationis. Die Sarkome sind zwischen dem 1. und 5. Jahre am häufigsten, nehmen dann konstant an Zahl des Vorkommens ab. Das weibliche Geschlecht scheint mehr befallen zu werden. Die Hauptsymptome sind Lumbalschmerzen, eventuell Hämaturie, Auftreten des Tumors, Kachexie. Für die Diagnose ist die funktionelle Nierendiagnostik von Bedeutung. Differentialdiagnostisch kommen Zystenniere, Hydronephrose, Echinokokkus, Karzinom in Betracht. Therapeutisch kann natürlich nur frühzeitige Operation etwas leisten, die Mortalität schwankt zwischen 16 und 76%. — (Inaug. Dissert., München 1904.) R., München.

g) Semiologie des Harns.

Ueber Vorkommen, Nachweis und Bestimmung der Oxalsäure im Harn. Von Hans Barth.

Die Oxalsäure wird im Harn, in den

Fäzes und in den Organen am besten nach einer kombinierten Fällungs- und Extraktionsmethode bestimmt. Sie ist ein normaler, sehr wahrscheinlich ein konstanter Bestandteil des menschlichen Harns. Wenigstens hat Vf. in all den untersuchten Harnen von gesunden und kranken Organismen Oxalsäure nachgewiesen. Wenn von verschiedenen älteren Autoren nicht immer Oxalsäure im Harn gefunden wurde, so hängt dies, wenigstens zum Teil, mit der etwas mangelhaften Methode zusammen, die früher allgemein zur Bestimmung der Oxalsäure angewandt wurde. Die im menschlichen Harn sich vorfindende Oxalsäure wird, wenn überhaupt nicht ausschließlich, so doch bestimmt zum allergrößten Teil im Organismus selbst gebildet. Unter pathologischen Verhältnissen scheint bei Lungentuberkulose, tuberkulöser Peritonitis und perniziöser Anämie die Oxalsäurebildung im Organismus gesteigert zu sein, während bei Diabetes mellitus eine Steigerung nicht nachgewiesen werden konnte. Im Organismus des Kaninchens wird die einverleibte Oxalsäure vollständig oder nahezu vollständig verbrannt; die ganze Menge der Säure gelangt hiebei zur Resorption. — (Inaug.-Dissert., Freiburg i. Br., 1903.) F. L.

In einem übersichtlichen Artikel über **„Fortschritte in der Untersuchung des Harnes im Jahre 1904“** berichtet Korps-Stabsapotheker Utz in Würzburg über Zuckerproben.

Die Furfurolprobe von Molisch, bezw. Udransky, welche Luther auch zu einer quantitativen Methode umgestaltet hat, ist von Schweißinger häufig angewendet, dagegen sind die von ihm erhaltenen Zahlen für Kohlehydrate, welche nicht Zucker sind, meistens wesentlich niedriger gefunden worden, als von Luther.

Die Fehling'sche Lösung sollte man nach Schweißinger nur in getrennten Lösungen aufbewahren und das Reagens stets im Ueberschuß anwenden. Wenn irgend welche störende Nebenreaktionen vorhanden sind (Phosphate, Urate, Kreatinin etc.), soll man durch Fällen mit Bleiessig soweit möglich die störenden Körper beseitigen. Kunz-Krause (Münch. med. Wochenschr., S. 1173, 1904) bemerkt hiezu, daß die Fällung mit basischem Bleiazetat und Fällung des Ueberschusses an letzterem mit Natriumkarbonat unentbehrlich ist, besonders auch aus dem Grunde, weil viele Arzneimittel, z. B. Chloralhydrat, in den Harn übergehen und Zucker vortäuschen können.

Da bei der Bestimmung des Zuckers mittels Fehling'scher Lösung der Kupferoxydulniederschlag leicht durch das Filter geht, gibt man nach H. Citron (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44, 1904) in die Spitze eines gut in den Trichter passenden Faltenfilters etwas feingepulverten Bimsstein; das überschüssige Kupfer wird nach dem vom Vf. verbesserten Lehmann'schen Verfahren zurücktitriert; durch Verwendung einer besonderen Bürette wird die Ausrechnung erspart.

Eine neue titrimetrische Methode zur Zuckerbestimmung von L. Rosenthaler (Zeitschr. f. anal. Chem., S. 43, 1904) gründet sich darauf, daß die reduzierenden Zucker bei der Oxydation durch alkalische Kupferlösung in Säuren übergehen und daß somit bei dieser Reaktion ein Teil des Alkalis der Kupferlösung durch die aus dem Zucker entstandene Säure neutralisiert wird. Titriert man einen Teil der alkalischen Kupferlösung mit Normalsäure einmal für sich und einen gleichen Teil, nachdem die Reduktion durch den Zucker erfolgt ist, so muß offenbar das zweitemal weniger Säure zur Neutralisation verbraucht werden, als das erstemal, und diese Differenz (als „Säuredifferenz“ bezeichnet) muß zu der Zuckermenge in einem bestimmten, durch Versuche ermittelbaren Verhältnis stehen. Die Versuche ergaben, daß unter den von Rosenthaler angegebenen Bedingungen Dextrose und Lävulose sich gleich verhalten. Aus einem Molekül dieser Zucker entstehen acht Aequivalente Säuren, und 1 cm^3 Säuredifferenz entspricht 0·0225 g

wasserfreier Dextrose oder Lävulose. Die zu diesem Verfahren benötigte alkalische Kupferlösung hat folgende Zusammensetzung: Kupfersulfat, kristallisiert 17·5 g, Glyzerin 75 g, zitronensaures Natron 125 g, 15%ige Natronlauge 100 g, Wasser q. s. zu 1 Liter. Den Titer dieser Lösung stellt man fest, indem man 30 bis 40 cm³ durch einen Gooch-Tiegel abfiltriert, um von etwa suspendiertem Kupferoxydul zu befreien, mit 150 cm³ Wasser nachwäscht und unter Verwendung von Phenolphthalein als Indikator soviel Normal-Salz- oder Schwefelsäure hinzu gibt, daß ein kleiner Ueberschuß von Säure vorhanden ist. Dann erwärmt man auf freier Flamme, erhält die Flüssigkeit zehn Minuten im Sieden und fügt Normalalkali bis zur Rotfärbung und dann einen Tropfen Normalsäure bis zum Verschwinden dieser Färbung hinzu. Das Verhältnis von Zucker zur Säuredifferenz wird folgendermaßen bestimmt: 5 cm³ der etwa 1%igen Lösung werden mit 20 cm³ Wasser und überschüssiger alkalischer Kupferlösung (30 cm³) versetzt, erwärmt und fünf Minuten im Sieden gehalten. Das Kupferoxydul wird durch den Gooch-Tiegel abfiltriert und mit 150 cm³ Wasser nachgewaschen. Die Flüssigkeit wird mit einem Ueberschuß von Normalsäure versetzt und weiter verfahren, wie bei der Titration der Kupferlösung.

H e g l a n d (Pharm. Weekbl. Nr. 7, 1904; durch Pharm.-Ztg., S. 298, 1904) empfiehlt, den Harn mit überschüssiger F e h l i n g'scher Lösung zu kochen und letztere dann mit Ferrocyankalium in essigsaurer Lösung zurückzutitrieren. Die Ferrocyankaliumlösung wird zweckmäßig so eingestellt, daß sie mit einer 0·5%igen Glykoselösung übereinstimmt, d. h. daß das Volumen der zum Niederschlagen einer bestimmten Menge Kupferlösung erforderlichen Ferrocyankaliumlösung das gleiche ist, wie das Volumen einer zum Zersetzen derselben Kupferlösung erforderlichen 0·5%igen Glykoselösung.

Das N y l a n d e r'sche Reagens ist nach S c h w e i ß i n g e r ziemlich sicher bei Zuckermengen über 0·2%; man bedarf aber mehrfachen Kochens der Probe. Ein sogenanntes verstärktes N y l a n d e r-sches Reagens (mit etwa 8% Bismuth. subnitr.) führt zwar schneller zum Ziel, läßt aber auch leicht Fehlschlüsse zu. R u d e k verwendet folgende Zusammensetzung: 4·0 Natriumkaliumtartrat in 100 Teilen 10%iger Natronlauge im Wasserbade mit 2·5 g Bismuth. subnitr. digeriert und filtriert. In ein 20·0-Gläschen schüttet man eine Messerspitze Kohlenmischung (10 T. Cerussa + 90 T. Tierkohle), füllt zwei Drittel Urin hinein und schüttelt durch. In ein Reagensglas gibt man sodann ½ Vol. Wismutlösung, ½ Vol. des, wie angegeben, vorbehandelten und filtrierten, H_2S-freien Urins, schüttelt um und läßt einmal aufkochen: Bei 0·2% Zucker wird die Färbung dunkelgelb durchsichtig, bei 0·4% nach 1—2 Minuten grauschwarz, kaum durchsichtig, bei über 0·5% nach wenigen Sekunden schwarz, undurchsichtig; ist kein Zucker vorhanden oder nur sehr geringe Spuren, dann bleibt die Mischung nach einmaligem Aufkochen nur gelblich und wird weder braun noch undurchsichtig. Die quantitative Bestimmung erfolgt ebenfalls auf kalorimetrischem Wege unter Zugrundelegung einer aus acht verschiedenartigen Farbentönen bestehenden Normalskala.

Neuerdings kommt auch die Gärungsmethode wieder in Aufnahme. Der L o h n s t e i n'sche Apparat gibt nach S c h w e i ß i n g e r ganz gute Resultate, wenn die Zuckermengen nicht zu klein sind und peinlich genau gearbeitet wird. Für die schnelle und sichere Bestimmung ist die Polarisation das empfehlenswerteste Verfahren, jedoch nur in genügend scharfen Apparaten, von welchen mit den größeren Halbschatten-Apparaten sehr gute Resultate erzielt werden; nötigenfalls Kontrolle vor und nach der Vergärung!

R. und O. A d l e r (Zeitschr. f. physikal. Chem., S. 206, 1904) haben die Beobachtung gemacht, daß im frisch entleerten Harn beim Kochen mit Resorzin und Salzsäure keine Rotfärbung auftritt (Seliwanoff'sche Reaktion), während derselbe Harn nach längerem Stehen bei Zimmertemperatur bei der gleichen Behandlung eine intensive Rotfärbung gab. Ein-

gehende Versuche haben ergeben, daß diese Reaktion nicht durch Lävulose, sondern durch salpetrige Säure hervorgerufen wird. Rosin (Münch. med. Wochenschr., S. 1850, 1904) empfiehlt folgendermaßen zu verfahren: Im Reagensglas siedet man gleiche Teile Harn und Salzsäure und einige Körnchen Resorzin; schon bei etwa 90° tritt eine charakteristische, feuerrote Farbe auf. Man läßt darauf erkalten, wobei ein braunroter Niederschlag entsteht, gießt in ein kleines Porzellanschälchen aus, sättigt mit kohlensaurem Natron in Substanz, setzt Zink hinzu und schüttelt mit Amylalkohol aus. Dieser färbt sich dann rosarot mit schwach grüner Fluoreszenz und gibt einen Doppelstreifen in Blaugrün und Grün. Diese Reaktion macht die Anwesenheit von Fruchtzucker wahrscheinlich. Dann vergärt man eine Portion Harn vollständig; es darf keine Linksdrehung, keine Reduktion und keine Seliwanoff'sche Reaktion mehr auftreten.

Die densimetrische Methode zur Zuckerbestimmung im Harn nach Roberts empfiehlt Helch (Pharmazeutische Post, Nr. 51, 1904) als durchaus brauchbar da, wo ein Polarimeter nicht zur Verfügung steht. Diese Methode beruht darauf, daß zuckerhaltiger Harn durch Hefezusatz vergärt wird. Infolge der Gärung verliert der Zuckerharn zum Teil sein hohes spezifisches Gewicht. Aus der Differenz des spezifischen Gewichtes vor und nach der Gärung wird dann der Zuckergehalt des Harnes bestimmt. Die Differenz, die sich aus den beiden spezifischen Gewichtsbestimmungen ergibt, wird zu dem Zwecke mit dem Faktor 230 multipliziert. Das erhaltene Produkt ist der Zuckergehalt des Harnes in Prozenten. Gleichzeitig ausgeführte polarimetrische Kontrollbestimmungen ergaben bei Harnen, die außer Zucker keine abnormen Bestandteile enthielten, keine nennenswerten Differenzen. Größere Differenzen ergaben nur Harne von schwerem Diabetes mellitus, die außer Zucker noch Azeton, Azetessigsäure und Oxybuttersäure enthielten.

Riegler (Münch. med. Wochenschr., S. 210, 1904) hat eine neue gasometrische Methode zur Bestimmung des Zuckers im Harne ausgearbeitet, die auf die Tatsache sich gründet, daß Traubenzucker mittels Kaliumpermanganat derart oxydiert wird, daß Kaliumkarbonat und Kohlendioxyd gebildet werden nach folgender Gleichung:

$$C_6H_{12}O_6 + KMnO_4 = 4\ K_2CO_3 + 2\ CO_2 + 8\ MnO_2 + 6\ H_2O.$$

Man kann demnach aus der gebildeten Menge K_2CO_3, beziehungsweise aus der Menge CO_2, welche in ersterem gebunden ist, die entsprechende Zuckermenge berechnen.

Christopher und Crofton (Pharm. Praxis, S. 19, 1904) lassen den Zucker im Harn von Kindern mittels des Safranins bestimmen. Zu diesem Zwecke vermischt man 1 cm^3 des Harnes mit 1 cm^3 Safraninlösung (1:1000) und mit 1 cm^3 Sodalösung. Es tritt Entfärbung ein, die durch Schütteln wieder aufgehoben wird. Die Autoren nennen „Safraninindex" die Zahl der Kubikzentimeter der Safraninlösung (1:1000), welche durch 1 cm^3 Urin entfärbt werden. — (Pharmazeutische Post, Nr. 9, 1905.) F. L.

Klinische Beobachtungen über die febrile Albuminurie. Von Arthur Weber.

Vf. hat seine Untersuchungen an 38 Fällen angestellt und ist zu der Anschauung gelangt, daß zwischen febriler Albuminurie und Nephritis kein prinzipieller Unterschied besteht in dem Sinne, wie reine Funktionsstörung und Entzündung. Wie die mitgeteilten Untersuchungsprotokolle zeigen, findet man fast in allen Fällen von febriler Albuminurie diejenigen Formbestandteile, die nach der Ansicht des Vf. als beweisend für entzündliche und degenerative Veränderungen in den Nieren gelten dürfen. Dahin sind zu rechnen: epitheliale, granulierte und hyaline Zylinder (Wachs- und Erythrozytenzylinder hat Vf. bei febriler Albuminerie nicht gesehen); weiterhin Nierenepithelien, rote und weiße Blutkörperchen. Was die letzteren anlangt, so müssen Plattenepithelien in größerer Menge fehlen, wenn ihre Herkunft aus der Niere und nicht aus der Blase angenommen werden soll. Auch müssen sie in größerer

Anzahl vorhanden sein, um überhaupt als pathologisch gelten zu können.

Diese Tatsachen widerlegen die oft gehörte Behauptung, daß sich bei der febrilen Albuminurie keine weiteren Formbestandteile als höchstens einige hyaline Zylinder und Leukozyten fänden. Man wäre daher, wie Vf. meint, berechtigt, die Bezeichnung „febrile Albuminurie" ganz fallen zu lassen und von „infektiöser (sei es bakterieller, sei es toxischer) Nephritis", oder wenn man einen milderen Ausdruck will, von einer „infektiösen nephritischen Reizung" zu sprechen. Denn in der Regel handelt es sich nur um leichte Prozesse. Sie können, wie Fall 14 des Vf. zeigt, lange — bis zu einem Jahre — ihre Spuren hinterlassen, aber meist heilen sie in kurzer Zeit vollkommen aus, oft schon einige Tage nach dem Erlöschen des Fiebers. Eine besondere Therapie verlangen sie nicht, so lange eine etwaige stärkere Eiweißausscheidung nicht längere Zeit anhält. Doch ist es immer angezeigt, die Patienten im Bette zu halten und in der Diät alle Reizmomente (Alkohol, Kaffee, Gewürze etc.) auszuschalten. Eine unmittelbare Abhängigkeit der Eiweißausscheidung von der Höhe des Fiebers besteht nicht. Während die drei Malariafälle, über die Vf. berichtet, die nach wochenlanger Krankheitsdauer in die Klinik aufgenommen wurden, bei täglichen Temperaturen von 40—41° keine Spur von Eiweiß zeigten, war in drei Diphtheriefällen bei Höchsttemperaturen von nur 38·2° reichlich Eiweiß im Harn nachweisbar. Diese Beobachtung widerspricht der Annahme, daß die Erhöhung der Körpertemperatur für die Entstehung der febrilen Albuminurie maßgebend sei. Bemerkenswert ist, daß in 10 Fällen die Zylindrurie die Albuminurie (bis zu 30 Tagen) überdauerte. Solche reine Zylindrurien sind von Penzoldt, von Lüthje und von vielen anderen Autoren beschrieben. Eine Zusammenstellung dieser Beobachtungen und eigene Versuche liefert eine Arbeit von Türk (Dissert., Tübingen 1902).

Diese Beobachtungen reiner Zylinderurien beweisen, daß hyaline Zylinder nicht durch Gerinnen von transsudiertem Eiweiß innerhalb der Harnkanälchen entstehen, wie man es für die hyalinen Zylinder gelegentlich angenommen hat. Im gleichen Sinne spricht auch, daß man sie in stark eiweißhaltigem Harn gelegentlich ganz oder fast ganz vermißt. Was ihre Entstehungsweise anlangt, so stimmt Vf. Lüthje und A. bei, daß nämlich die hyalinen Zylinder entweder aus granulierten hervorgehen — man sieht alle Uebergänge vom granulierten zum hyalinen Zylinder — oder daß sie direkt aus degenerierenden Nierenepithelien entstehen. Sehr häufig sieht man im Sediment Zellen, aus denen rundliche homogene Tropfen hervorquellen. Denkt man sich diesen Vorgang im Lumen eines Harnkanälchens sich abspielend, so liegt es nahe, anzunehmen, daß die Tropfen von mehreren benachbarten Zellen miteinander verschmelzen und vom nachrückenden Harn als hyaline Zylinder ausgespült werden. Beweisend für die Richtigkeit dieser Annahme von der Entstehung hyaliner Zylinder sind die Abbildungen in Lüthjes Arbeit: Ueber die Wirkung von Salizylpräparaten auf die Harnwege. — (Dissert., Greifswald 1904.) F. L.

h) Männliches Genitale.

Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage von C. Posner und L. Rapoport.

Das normale Sekret der menschlichen Prostata wird als „dünne Milch" beschrieben, die sich mikroskopisch als Aufschwemmung kleinster Kügelchen („Prostatakörner") in einem eiweißhaltigen Fluidum charakterisiert; diese Kügelchen, aus Lezithin bestehend, bilden den spezifischen Bestandteil des Sekrets, dazu kommen vereinzelte Epithelien und eventuell Corpora amylacea. Bei akuter Abszedierung findet sich reiner Eiter, die Lezithinkörner verschwinden vollständig; aber auch bei der chronischen Entzündung, deren Sekret sich vom normalen durch das Auftreten von Leukozyten unterscheidet, fehlen die Lezithinkörnchen. Werden sie nicht mehr abgesondert oder verschwinden sie nachträglich aus dem Se-

kret? Nach den zur Beantwortung dieser Frage vorgenommenen Untersuchungen der Autoren über den normalen Ursprung oder vielmehr Fundort dieser Körnchen ergab sich, daß sie in den Drüsenepithelien nachzuweisen sind und daß der Vorgang der Lezithinabsonderung in Analogie zu setzen sei mit der Sekretion anderer Drüsen, der Mamma, der Speicheldrüsen, Talgdrüsen etc. Der Nachweis der Lezithinkörnchen in den Drüsenepithelien gelang ihnen am besten in Gefrierschnitten durch Färbung mittels des von L. Michaelis eingeführten Scharlachrots. Dieselbe Färbung des entzündlichen Prostatasekrets ergab, daß ein großer Teil der Leukozyten rotgefärbte Körnchen enthält, und zwar in den polynukleären Zellen meist einzelne Körner, während andere ganz vollgestopfte große Zellen sich als mononukleäre „Makrophagen" im Sinne Metschnikoffs erwiesen. Es wird also das Lezithin bei chronisch entzündlichen Zuständen der Prostata von den weißen Blutzellen aufgenommen und muß also aus dem Sekrete in dem Maße verschwinden, als weiße Blutzellen auftreten.

Der ganze Vorgang ist also zweifellos eine Phagozytose; was aber ist die Veranlassung für die Wanderung der Phagozyten? Sicherlich wird für eine große Reihe der Fälle das bakteriologische Moment nicht von der Hand zu weisen sein, es gilt dies insbesondere für alle im Anschluß an Gonorrhöe auftretenden Fälle; dagegen wurden bereits von der Guyonschen Schule sogenannte aseptische Formen aufgestellt, wo im Sekret trotz des reichen Leukozytengehaltes keine Spur von Mikroorganismen nachzuweisen und auch anamnestisch keinerlei Infektion zu erheben ist. Für diese Formen werden andere Schädigungen des Genitalapparates herangezogen, sexueller Abusus, Coitus interruptus, Masturbation oder rein mechanische Momente, Radfahren und Reiten. Diese aseptischen Formen unterscheiden sich aber in klinischer Hinsicht in keinerlei Weise von den postgonorrhoischen. Während man bisher immer zur Annahme geneigt war, daß die kongestionierte oder überangestrengte Drüse ein gutes Rezeptakulum für etwa zufällig eingewanderte Mikroorganismen bilde, glauben die Autoren in der Analogie mit der Milchabsonderung genügende Aufklärung, ohne Anführung des bakteriologischen Momentes, für diese Formen zu finden und zu geben. Sowie nach den Untersuchungen von Bab das in den Drüsengängen sich stauende Milchfett ein hinreichend chemotaktischer Reiz für die Leukozyten ist, die nun das Fett in sich aufnehmen, so bilde auch das im Abfluß gehemmte Lezithin den gleichen Anreiz für die Auswanderung der Leukozyten, es handle sich also um eine Art reaktiver Entzündung, hervorgerufen nicht durch Bakterien, sondern durch Stauung des Lezithins. Es wird demnach außerordentlich wichtig sein, bei der Diagnose einen Unterschied zwischen den infektiösen und aseptischen Formen zu machen, insbesondere wird bei den letzteren die Therapie, welche die Funktionsbehinderung beseitigt, schnelle Triumphe feiern. In diesen Fällen ist der günstige Einfluß der Massage oder Elektrizität ein augenfälliger, weil alle diese Eingriffe zur Hebung des Tonus der Muskulatur beitragen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13, 1905.) D.

i) Nervensystem.

Ein neuer Reflex auf der Planta pedis.

Von Dr. V. Vitek in Prag.

Bei der Perkussion mit dem Hammer in der Gegend des 1. und 2. Metatarsus tritt eine leichte Plantarflexion des Fußes zutage. Dieser Reflex findet sich normalerweise bei den meisten Leuten mit gesundem Nervensystem. Er ist gesteigert bei spastischen spinalen Affektionen, sowie bei funktionellen nervösen Reizzuständen. In zwei pathologischen Fällen mit spastischen Erscheinungen zeigte sich umgekehrtes Verhalten, nämlich Extension des Fußes dorsalwärts. Im normalen Zustande stellte sich die dorsale Extension nie ein. Zur Auslösung des Reflexes muß der Fuß vertikal auf der Unterlage ruhen, die Zehen sollen leicht dorsalextendiert sein. Der Untersuchte muß selbstverständlich die Muskeln, besonders die Extensoren, relavieren. Fehlt der Reflex bei leichter

Perkussion, muß eine ausgiebigere nachfolgen. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 9, 1905.) Rosenthal.

Ueber die Wirkung des Alkohols auf die Veränderung der Pupillenreaktion. Von Dozent H. Vogt in Göttingen.

Unter 40 Fällen wiesen 14 auf Darreichung einer einmaligen geringen Alkoholmenge Veränderung der Pupillenreaktion im Sinne einer trägeren Lichtreaktion auf. Daneben bestand verstärktes Kniephänomen, manchmal objektiver Romberg, Störungen der feineren Sensibilität, leichte Tremorerscheinungen, Zittern der Zunge, in zwei Dritteln der Fälle psychische Veränderungen im Sinne leichter Erregung oder geringer Benommenheit. Untersucht wurden nur Minderwertige, Idioten oder Degenerierte. Bei gesunden Menschen verändern sich wohl die anderen Reflexe unter dem Einflusse akuter Alkoholvergiftung, die Pupillenreaktion bleibt jedoch stets intakt. Chronische Alkoholiker zeigen allerdings ebenfalls Pupillenveränderung. In diesen Fällen handelt es sich um erworbene Resistenzverminderung, bei den Minderwertigen um angeborene. Die Erklärung der Erscheinung ist darin zu suchen, daß die Alkoholwirkung der Ausdruck einer allgemeinen zerebralen Hemmung ist. Nun kommt gerade für die Pupillenreaktion eine erregende zerebrale Komponente in Betracht. Die Lähmung dieser letzteren durch die Alkoholwirkung führt die Trägheit der Reaktion herbei. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12, 1905.)

Rosenthal.

Ueber Steigerung der Hautreflexe auf der paretischen Seite bei organischen Hemiparesen. Von Prof. Redlich in Wien.

Jastrowitz und Rosenbach haben zuerst auf das Fehlen der Hautreflexe auf der gelähmten Seite bei zerebraler Hemiplegie aufmerksam gemacht. Aber auch andere organisch bedingte Hemiparesen zeigen dieses Symptom, allerdings nur in Form von Herabsetzung der Hautreflexe. Die Sehnenreflexe weisen hingegen auf der gelähmten Seite Steigerung auf, so daß schon Rosenbach von einem Antagonismus der Haut- und Sehnenreflexe sprach. In seltenen Fällen kommt ein Abweichen von dem geschilderten Verhalten vor. Bei der Prüfung der Hautreflexe macht sich ihre rasche Ermüdbarkeit unangenehm geltend. Man muß daher auf den zuerst hervorgerufenen Reflex achten. In einer Reihe von Fällen organischer Hirnläsionen mit hemiplegischen, resp. hemiparetischen Erscheinungen, fand Vf. die Hautreflexe auf der paretischen Seite nicht herabgesetzt, sondern entweder durchwegs lebhafter als auf der gesunden Seite, oder es waren einzelne herabgesetzt, andere gesteigert. Besonders der von Vf. zuerst beschriebene Oberschenkelreflex wies öfters dieses der Regel widersprechende Verhalten auf. Eine Erklärung dieses auffälligen Verhaltens muß vom Sitze des Reflexzentrums ausgehen. Die Reflexbahn für die Hautreflexe geht nach den übereinstimmenden neueren Ansichten durch den Kortex hindurch; die frühere Annahme eines rein spinalen Reflexbogens widerspricht der Physiologie und Pathologie der Reflexe. Es wird also eine Zerstörung oder funktionelle Ausschaltung des Kortex oder der zu- und ableitenden Bahnen, Erlöschen der Hautreflexe auf der erkrankten Seite bedingen, während anderseits Reizzustände des Kortex, die bei der Natur der Läsion doch imstande sind, hemiparetische Erscheinungen auszulösen, eine Steigerung der Hautreflexe bedingen können. Für diesen Erklärungsversuch spricht, daß in den Fällen mit Steigerung der Hautreflexe auf der hemiparetischen Seite die Lähmungserscheinungen gewöhnlich wenig ausgesprochen sind und daß es sich ferner bei diesen Fällen meist um Jackson'sche Epilepsie handelt. Hier sind gewiß Reizzustände vorhanden, die anderseits keinesfalls zu völliger Destruktion der Rinde geführt haben können. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 9, 1905.) Rosenthal.

k) Blut.

Die pseudoleukämische Anämie der Kinder. Von A. Courcoux und L. Ribadeau-Dumas.

Die von Luzet im Jahre 1891 zuerst beschriebene kindliche Anämie mit Ver-

größerung von Milz und Leber, einem Reichtum von Erythrozyten und einer ganz mäßigen Leukozytose konnte seitdem bei Krankheiten verschiedener Aetiologie (z. B. Syphilis, Tuberkulose, Rachitis) beobachtet und im Tierversuch durch Einspritzung verschiedener Bakterien oder von deren Toxinen oder auch durch Vergiftung mit Blei hervorgerufen werden. Vf. glauben deshalb und infolge ihrer klinischen Erfahrung an einen Uebergang von der einfachen leichten Anämie zu der infantilen Pseudoleukämie. Sie nehmen mit Marfan an, daß diese mannigfachen Formen von Anämie „die verschiedenen Grade oder die verschiedenen Formen eines gleichen Krankheitszustandes darstellen, der im übrigen stets — wenigstens beim Säugling — sekundärer Natur ist". Die infantile Pseudoleukämie gehört zu der Gruppe der von Weil und Clerc sogenannten chronischen Milzschwellung mit Myelämie. Die bei der Krankheit vermehrt gefundenen kernhaltigen roten Blutkörperchen dürfen noch nicht als prognostisch ungünstig gedeutet werden; sie spielen wahrscheinlich eine immunisatorische Rolle. — (Rev. franç. de méd. et de chir., Nr. 6, 1905.) Einstein, Stuttgart.

Beiträge zur Hämophilie. Von Rudolf Weidmann. (Aus der k. chirurg. Universitäts-Klinik in Königsberg.)

Nach Immermann ist das wechselnde Verhalten der Blutmassen zu der Kapazität des Gefäßsystems für das Zustandekommen hämophiler Symptome von entscheidender Bedeutung. Schon eine absolute Plethora, d. h. eine für das normal gebildete Gefäßsystem zu große Blutmenge, vermag durch Drucksteigerung in den Kapillaren die Disposition zu profusen Blutungen zu schaffen. Noch viel leichter und hochgradiger kommt dies zustande, wo dieser Ueberreichtum an Blutmasse mit der von Virchow beschriebenen Enge und Elastizität des Arteriensystems in Konkurrenz tritt. Schließlich aber braucht das Blutvolumen bei vorhandener Gefäßenge gar nicht einmal das für den betreffenden Organismus normale Maß zu überschreiten, um in ein Mißverhältnis zu der Gefäßkapazität zu treten, ein Zustand, den man als relative Plethora oder Plethora ad vasa bezeichnet.

Daß nun aber in der Tat in den meisten Fällen von Hämophilie eine absolute Plethora besteht, geht vor allem aus der Toleranz der Bluter gegen enorme Blutverluste und aus der ungewöhnlich schnellen Regeneration der Blutmasse nach solchen hervor, in zweiter Linie auch aus Beschwerden, wie sie Hämophile öfters von Spontanblutungen haben, und welche für „vollblütige Menschen" charakteristisch sind: Herzklopfen, Blutwallungen nach dem Kopfe, Röte des Gesichts etc.

Aus der wechselnden Größe des Blutvolumens erklären sich die Schwankungen, welch die Bluterkranktheit in ihrem Gesamtverlauf in Bezug auf die Intensität der Krankheitsäußerungen erkennen läßt. So stellt sich z. B. die Pubertätszeit als eine kritische Periode erster Ordnung dar, weil sich in ihr die Anfälle des Leidens zu häufen und weit heftiger aufzutreten pflegen, als zu anderen Lebenszeiten. In höherem Alter dagegen, wo sich im allgemeinen eine Abnahme der Energie der Organtätigkeit, also auch der Blutbildung, einzustellen pflegt, verschwindet meistens auch die Disposition zu hämophilen Blutungen.

In zweiter Linie kommen nach Immermann für die Erklärung des Zustandekommens hämophiler Blutungen einige Hilfsbedingungen in Betracht. So z. B. habituelle Stärke der Herzaktion, indem sie zur Blutdrucksteigerung beiträgt und die Neigung zu Kongestionen mit sich zu bringen pflegt. Hieher gehören die Fälle, in denen sich das Herz in toto oder nur der linke Ventrikel hypertrophisch zeigt. Schließlich können gelegentlich auch „aktiv neurotische Einflüsse" im Spiele sein, insofern als sie Kongestionen in diesem oder jenem Gefäßbezirk vermitteln (Disposition für den Ausbruch einer Blutung).

Soweit Immermanns Theorie. Die vor dieser erschienenen Erklärungsver-

suche der Hämophilie haben, außer der Virchow'schen (Enge und Elestizität der Arterien), nur noch historisches Interesse.

Nach der Meinung des Vfs. erklärt keine andere Theorie mit gleicher Vollkommenheit den Symptomenkomplex der Hämophilie, wie die Immermannsche. Namentlich die temporären Schwankungen der Intensität der Krankheitsäußerungen finden durch die Annahme eines variablen, bald mehr, bald weniger hochgradig entwickelten Mißverhältnisses zwischen Blutvolum und Gefäßkapazität eine ausgezeichnete Erklärung.

In dem Gesamtablauf der Hämophilie erkennt man in den meisten Fällen deutlich Perioden, wo die Krankheitsäußerungen heftiger und häufiger als zu anderen Zeiten den Träger des Leidens heimsuchen. Solche Perioden sind die Zeiten den Dentition, der Pubertät und der Menopause. Während in den dazwischenliegenden Zeiträumen vielleicht ein Jahr und noch mehr Zeit verstreicht, in der der Kranke von jeder größeren Blutung freibleibt, trotz mannigfacher Verletzung, erfolgt in den genannten Perioden jeden Monat oder gar in noch kürzeren Zwischenräumen eine schwere Blutung, die den Betroffenen jedesmal dem Exitus nahe bringen kann. Die Blutbildung muß zu dieser Zeit ganz besonders energisch vor sich gehen, um jedesmal nach einer stattgehabten starken Ausblutung das Mißverhältnis zwischen Blutmasse und Gefäße so schnell und zu solcher Höhe wieder heranzubilden, daß ein neuer Ausgleich erforderlich wird.

Außer diesen Schwankungen der Intensität der Krankheitsäußerungen im Gesamtverlauf der Hämophilie zeigt die letztere dieselbe Erscheinung auch innerhalb kürzerer Zeiträume. Man hat in einer Reihe von Fällen eine gewisse Periodizität in der Wiederkehr von hämophilen Spontanblutungen beobachtet, die nach dem Erachten des Vfs. die Intensitätsschwankungen der Diathese in augenfälliger Weise demonstriert. Die Spontanblutungen sieht Vf. als einen Index für den zeitigen Höhepunkt der hämorrhagischen Diathese an. Er nimmt an, daß sie jedesmal dann auftreten, wenn die Ueberdehnung des Gefäßsystems durch die zunehmende Blutmasse einen Grad erreicht, wie er nicht mehr ertragen werden kann; die Spontanblutung ist hiebei als ein natürlicher Aderlaß zu betrachten. Für diese Auffassung sprechen die den freiwilligen Blutungen oft vorausgehenden Molimina, wie Herzklopfen, Kongestionen nach dem Kopf, Dyspnoe etc. Mit dem Eintritt der Blutung verschwinden diese Beschwerden mehr oder weniger schnell, je nach der Blutmenge, die abfließen muß, um das Mißverhältnis zwischen Blut und Gefäßen auszugleichen. Diese spontanen Blutungen treten ferner unfehlbar immer dann auf, wenn längere Zeit zufällig keine traumatische Blutung erfolgt ist, ein Zeichen dafür, daß der hämophile Organismus von Zeit zu Zeit unbedingt einen Aderlaß haben muß. Diesen findet er eben in Ermanglung einer Wundblutung in den spontan, d. h. ohne sichtliches Trauma auftretenden Hämorrhagien. Wahrscheinlich ist die spontane Entstehung aber nur scheinbar freiwillig; es ist wohl anzunehmen, daß, wenn die hämorrhagische Diathese, die Disposition zu hämophilen Blutungen, auf der Höhe steht, schon ganz minimale mechanische Einwirkungen genügen, um die unter hohem Druck stehenden Kapillaren zur Ruptur zu bringen. Da dies eben nur zur Zeit des Gipfelpunktes der Diathese geschehen kann, so geben diese Blutungen einen sicheren Anhalt für die zeitliche Lage des genannten Punktes.

Zum Beweis der Periodizität der spontanen Blutungen führt Vf. folgende Fälle an:

1. 19jähriger Bluter St. P. bekam während zweier Jahre jeden Monat einmal hartnäckiges Nasenbluten (Grandidier).

Mit Immermann gesprochen, würde es in diesem Falle heißen: das Mißverhältnis zwischen Blutmasse und Gefäßsystem erreichte in jedem Monat eine Höhe, die eine Entlastung des Gefäßsystems durch eine monatliche Blutung erforderlich machte.

2. Bluter Ph. I. hatte jährlich ein- oder zweimal eine spontane interstitielle Hämorrhagie ins rechte Bein (Grandidier).

3. Smith berichtet von einem Kinde, das jedesmal um die Zeit seines Geburtstages eine schwere Blutung durchmachte. Einigemal wurden die Spontanblutungen durch zufällig entstandene traumatische Blutungen abgelöst

4. Krimer berichtet in einem Fall von monatlich erscheinender Hämaturie bei einem Hämophilen, in zwei anderen Fällen von zweimonatlich wiederkehrender Blutung aus einem Finger.

5. Rieken berichtet von regelmäßigem, alle Vierteljahr wiederkehrendem Nasenbluten.

6. Schäfer führt einen Fall an, in dem jährlich drei- bis viermal spontane Mundblutung erfolgte.

Man ersieht aus den vorstehenden Angaben, daß die Intensitätsschwankungen der Diathese sich in den einzelnen Fällen in verschiedenen Kurven vollziehen. Im Falle 1 bedarf das Gefäßsystem jeden Monat, im Falle 3 jedes Jahr einer Entlastung von der zu stark wachsenden Blutmasse, d. h. die Disposition zu hämophilen Blutungen erreichte im 1. Falle zwölfmal so schnell den Höhepunkt, als im 3. Falle. Ist nun dieser Höhepunkt erreicht worden, und hat sich das Mißverhältnis zwischen Gefäßen und Blutvolum vermittels eines kräftigen, natürlichen Aderlasses ausgeglichen, so tritt ein Stadium herabgesetzter Blutungsdisposition ein, die sich darin zeigt, daß Verletzungen um diese Zeit keine größere Blutung als bei einem gesunden Menschen zur Folge haben.

Die Länge dieses Stadiums richtet sich nach der Häufigkeit der Spontanblutungen, d. h. nach der Länge der Periode, in welcher die Blutungen erfolgen. In dem Typus der monatlichen Blutungen muß die Kurve der hämophilen Disposition sehr steil ansteigen, wenn sie schon nach ungefähr 30 Tagen den Gipfel erreichen soll. Das Stadium der herabgesetzten Disposition kann also nur einige Tage, höchstens aber 1—2 Wochen betragen. In dem Smith'schen Falle (3) wird dieses Stadium, entsprechend dem weit langsameren Ansteigen der Kurve, die ja erst in einem Jahr den Höhepunkt erreicht, auch demgemäß viel länger sein.

Wo eine Periodizität in der Wiederkehr der Spontanblutungen ausgesprochen vorhanden ist, braucht dieselbe während der ganzen Krankheitsdauer durchaus nicht immer dieselbe Form innezuhalten. Entsprechend den Schwankungen der Hämophilie in ihrem Gesamtablauf kann z. B. in der Jugend der Monatstypus, in späterem Alter der Jahrestypus der Spontanblutungen vorherrschend sein.

Nun bleibt jedoch die Zahl der Fälle, die jene Periodizität erkennen lassen, hinter der Zahl der ganz regellos verlaufenden ganz erheblich zurück. Trotzdem ist Vf. der Ansicht, daß die Hämophilie von vornherein die Tendenz zu regelmäßigen periodischen Schwankungen der Höhe der Disposition zu Blutungen in allen Fällen hat, daß aber diese Tendenz vielfach besonderen Störungen unterliegt, als deren Ursache Vf. die interkurrenden, zufällig entstehenden traumatischen Blutungen ansieht.

In den letzten Jahrzehnten haben die Gelenkerkrankungen der Bluter besonderes Interesse, namentlich in Chirurgenkreisen, gewonnen. Dank einer Reihe von Autopsien ist die Natur dieser Erkrankung als eine Teilerscheinung der Hämophilie völlig aufgeklärt worden. — (Dissertation, Königsberg 1904.) F. L.

l) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Ist das Syphilisvirus filtrierbar? Von V. Klingmüller und G. Bärmann.

Es ist bekannt, daß das Virus einiger Infektionskrankheiten, deren Erreger derzeit noch unbekannt ist, filtrierbar ist. Die Autoren unternahmen es auch, das noch ungekannte Virus der Syphilis in dieser Beziehung zu prüfen. Als Filter wurden vorher geprobte und keimundurchlässig befundene Berkefeld-Kerzen benützt. Als Infektionsmaterial dienten Primäraffekte und nässende Papeln. Das Material wurde mit der Schere entnommen, nach Möglichkeit zerkleinert und unter Zusatz von etwas physiologischer Kochsalzlösung mit Kieselguhr solange zerrieben, bis sich eine homogene Masse ergab, die dann filtriert wurde. Das Filtrat wurde teils in

Form von subkutaner (nach Beschreibung der Autoren eigentlich enkutaner) Injektion benützt, teils wurden oberflächlich skarifizierte Stellen damit eingerieben und überdies gebäht. Trotz der entsprechend langen Beobachtungszeit — der älteste Versuch liegt über ein halbes Jahr zurück — traten keine Allgemeinerscheinungen auf.

Nach den eigenen Anschauungen der Autoren sei der Einwand, daß zwischen Exzision und Impfung eine zu lange Zeit verstrichen sei, wohl möglich, wenn sich auch diesbezüglich die gegenteiligen klinischen Erfahrungen bei Uebertragung von Syphilis durch Instrumente anführen lassen; daher halten sie doch den Schluß für berechtigt, daß das Syphilisvirus zu den nicht filtrierbaren Infektionsstoffen gehöre. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21, 1904.) D.

Ueber Spirochaete pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung. Von F. Schaudinn und E. Hoffmann.

Die Wichtigkeit des Befundes der genannten Autoren rechtfertigt es, wenn wir demselben in den verschiedenen Zeitschriften begegnen. Dabei ergibt sich naturgemäß, daß Wiederholungen unvermeidlich sind; wir berufen uns daher im wesentlichen auf die im letzten Hefte dieser Zeitschrift (Zentralbl. f. d. ges. Ther., Bd. XXIII., H. 6, S. 326) referierte Arbeit aus dem kaiserl. Gesundheitsamte und wollen hier nur hervorheben, was sich inzwischen an neuen Befunden ergeben hat.

Die geringe Färbbarkeit der Spirochaete pallida, die ein besonderes Unterscheidungszeichen von anderen Arten dieser Gattung bildet, tritt bei den verschiedensten Färbemethoden auf. Am besten bewährt sich zunächst die von den Autoren modifizierte Giemsa'sche Färbung; doch hat sich gezeigt, daß es auch genügt, die fixierten Präparate ungefähr für eine Stunde in der ursprünglichen, bei Grübler käuflichen Giemsa'schen Mischung zu lassen, um gute Bilder zu bekommen. Den Spirillen gegenüber hebt Schaudinn hervor, daß diese, mit polaren Geißeln versehen, durch die starre gedrehte Gestalt ausgezeichnet, auch nach seiner Ansicht den Spaltpilzen zuzuzählen seien, während die Spirochaeten auf Grund der von ihm ausgeführten, entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen den Protozoen angehören.

Besonders wichtig aber scheinen zwei neue Befunde: Erstens einmal der von Buschke und Fischer, die in der Milz eines an kongenitaler Syphilis verstorbenen Kindes die Spirochaete fanden, während Schaudinn selbst bei einer frisch syphilitischen Person vor Auftreten der Roseola durch Punktion der Milz den gleichen Nachweis erbracht hatte; zweitens, daß das von den Autoren aufgestellte Postulat, daß festgestellt werden müsse, ob man die beweglichen Stadien der Spirochaete pallida mit den syphilitischen Krankheitsprodukten auch auf höher stehende, für Syphilis empfängliche Affen übertragen könne, inzwischen von Metschnikoff erfüllt wurde.

Der zweite Teil der Ausführungen beschäftigt sich rein mit dem klinischen Material und fällt Hoffmann zu; davon sei hervorgehoben, daß es ihm in allen zehn genau untersuchten Fällen gelang, in dem durch Punktion gewonnenen Lymphdrüsensafte der typisch erkrankten Leistendrüsen die Spirochaete pallida nachzuweisen. Eine Reihe von Kontrolluntersuchungen an durch weichen Schanker bedingten Bubonen, an Karzinom, Sarkom und Lupus ergab negativen Befund. Nur flüchtig erwähnt Hoffmann, daß es vielleicht verlockend wäre, auf Analogien zwischen Syphilis und Rekurrens einzugehen und meint, ob nicht die zarte Form der Spirochaete pallida einer besonderen Anpassung an die engen Räume des bei Syphilis zunächst und mit Vorliebe betroffenen Lymphgefäßsystems zuzuschreiben wäre. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1905.) D.

Ueber Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaete pallida. Von K. Herxheimer und H. Hübner.

Die von Schaudinn und Hoffmann gemachte Entdeckung erfährt na-



turgemäß jetzt auf allen syphilidologischen Stationen der ganzen Welt ihre Nachprüfung. Dabei versuchen die einzelnen Autoren je nach dem vorliegenden Material oder auch nach ihrer Eigenart diese Befunde zu erweitern, die Spirochaete zugänglicher zu machen und den Beweis ihrer Spezifizität, soweit dies möglich ist, zu erbringen.

In dieser Beziehung haben sich die Autoren zwei Aufgaben gestellt; die zweite derselben, die das Thema einer anderen Publikation bilden soll, bestünde in der Vornahme von Versuchen, ob durch Einwirkung von Serum einer immunen Person (d. h. einer solchen, die die Krankheit überstanden hat) bei den Spirochaeten ein der Agglutination der Bakterien entsprechender Vorgang zu beobachten sei; die erste dagegen, ob nicht durch verbesserte Färbemethoden die Spirochaeten stets und ausschließlich bei Syphilis nachzuweisen seien, und zwar im kreisenden Blute, sowie im Ausstrich und Schnittpräparate.

In der Tat konnten die Autoren durch Färbung mittels Nilblau (oder Capriblau) 1·0:1000·0 durch etwa 16—24 Stunden schöne Bilder bekommen und auch im also gefärbten Schnittpräparate gelang Herxheimer einmal der Nachweis der Spirochaete.

Die sonst angeführte Kasuistik erstreckt sich zunächst auf die einschlägige Untersuchung von 16 Fällen klinisch einwandfreier Syphilis, in welchen sämtlich der angestrebte Nachweis der Spirochaete pallida gelang. Daran schließen sich zwei Fälle klinisch unsicherer Diagnose, in denen vergeblich nach der Spirochaete gesucht wurde; in dem einen derselben dürfte es sich um ein traumatisches, nachträglich verunreinigtes Geschwür (am weiblichen Genitale) gehandelt haben, der zweite betraf einen gangränösen Schanker, dem hinterher keine Allgemeinerscheinungen sich anschlossen. Im kreisenden Blute sekundär Syphilitischer gelang den Autoren der Nachweis der Spirochaete nicht; auch im Abstrichpräparate von Milz, Leber und Knochenmark eines an hereditärer Lues verstorbenen Kindes schlug der Nachweis fehl. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26, 1905.) D.

Ueber das Vorkommen von Spirochaeten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes. Von A. Buschke und W. Fischer.

Ein Kind, dessen Vater vor zwei Jahren eine Schmierkur durchgemacht, dessen Mutter, scheinbar gesund, keinerlei Behandlung erfahren hatte, zeigte in der achten Woche post partum einen ausgebreiteten Ausschlag. Bei der Aufnahme in die Anstalt wurde an den inneren Organen keinerlei Erkrankung konstatiert, dagegen ein über Stamm und Extremitäten ausgebreitetes papulöses Exanthem, erodierte Papeln ad anum, sowie Koryza festgestellt.

Das Kind erhielt am ersten Tage 0·005 g Kalomel, verfiel aber bereits am Abend, wurde somnolent und starb am zweiten Tage unter dem Krankheitsbilde einer schweren Intoxikation. Die Leiche wurde sofort aufs Eis gelegt; die 36 Stunden später vorgenommene Obduktion ergab hereditäre Lues (Induration der Milz, hämorrhagische Nephritis, diffuse, interstitielle Hepatitis). Von dem Saft der Milz, Leber, Lymphdrüsen und anderer Gewebe wurden sofort Ausstrichpräparate gemacht, nach den Angaben von Schaudinn und Hoffmann behandelt; sowohl in den der Milz, als auch der Leber entnommenen Präparaten fanden sich reichlich Spirochaeten, negativ waren die Befunde aus den Lymphdrüsen, sowie aus dem Gewebe exzidierter Papeln.

Daß der von den Autoren erhobene Befund von hohem Interesse ist, darüber kann kein Zweifel herrschen. Sie selbst aber betonen folgende Fehlerquellen: 1. Da es sich um eine Leiche handelt, so ist die Möglichkeit der Einwanderung von Spirillen aus dem Darm nicht ausgeschlossen. 2. Es handelt sich um ein Kind, das, von besonders schwerer Syphilis ergriffen, immerhin die Einwanderung akzidenteller Bakterien aus dem Darm im Sinne einer Sepsis — siehe auch die hämorrhagische Nephritis — nicht unmöglich erscheinen läßt. 3. Es wäre auch noch zu erwägen, ob das Vorhandensein

von Spirochaeten in den Körpersäften nicht doch als Aufnahme saprophytischer Arten von erodierten Papeln aus zu deuten sei. Von den Autoren an anderen kindlichen Leichen vorgenommene Kontrolluntersuchungen verliefen negativ. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21, 1905.) D.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Crescat. (Dr. Rieths Säuglingsnahrung.) Zusammensetzung: Ein Pulver, welches die nährenden Bestandteile der Frauenmilch enthält.

Coldens liquid beef tonic. Ein flüssiges, zusammengesetztes Fleischextrakt.

Feraco. Zusammensetzung: Ein aus Kakao und Eisensaccharat bestehendes, diätetisches Präparat.

Fermangol, Meyers. Zusammensetzung: Ein 0·5% Eisen und 0·1% Mangan neben Glyzerinphosphorsäure, Zucker und aromatischen Substanzen enthaltendes Mittel. Anwendung: Gegen Anämie und Chlorose. (Ph. Ztg.)

Fermenticide Gram. Zusammensetzung: Ein aus Gummi und Kaliumbisulfit bestehendes Fleischkonservierungsmittel.

Fer Robin. Zusammensetzung: Ein Eisenpeptonat enthaltendes Präparat.

Ferridine. Zusammensetzung: Ein Eisen, Jod und Arsen enthaltendes Präparat.

Ferrmaltin, Klöckers. Zusammensetzung: Eisenchinamaltosewein. Anwendung: Als Diätetikum und Roborans.

Ferrozonpillen. Zusammensetzung: Pillen, welche als wirksame Substanz Ferrum oxydulatum saccharatum vanadinicum enthalten.

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Ferrum oxydatum lactosaccharatum Hübler. Zusammensetzung: 0·25% Eisen enthaltendes Ferrum oxydatum saccharatum, welches an Stelle von Rohrzucker mit Milchzucker bereitet ist. Anwendung: Bei Chlorose und Anämie zu 2—3 Kaffeelöffeln täglich. Als erwünschte Nebenwirkung wird eine mild abführende hervorgehoben.

Gallensteinpastillen Zyma. Zusammensetzung: Pastillen, welche Natrium choleinicum, Carduus marianus, Taraxacum, Nasturtium, China etc. (Ph. Zentralh.) enthalten. Anwendung: Gegen Leberkolik.

Gallogen. Zusammensetzung: Ellagsäure. Eigenschaften: Gelbes, geruch- und geschmackloses, in alkalischen Flüssigkeiten bis zu 2% lösliches, sonst unlösliches Pulver. Anwendung: Mehrmals täglich 1 g (Kindern 0·3—0·5 g) gegen Darmkatarrh.

Gasterin. Zusammensetzung: Wismutphosphat. Anwendung: Als Mittel gegen Magenschwäche und andere Magenleiden. Ein anderes „Gasterin“ besteht aus Wismutphosphat.

Gastricin. Zusammensetzung: Ammon. carb., Ammon. chlorat. zirka 1·0, Kal. bitartar. 6·0, Tart. natronat. 2·0, Lapid. Cancror. 5·0, Magnes. carbon. 3·0, Magnes. citric. 10·0, Magnes. lactic. 5·0, Natr. chlorat., Natr. sulfur. aa 3·0, Natr. bicarbon. 60·0. Anwendung: Gegen Magenleiden.

Gastrocradine. Zusammensetzung: Ein aus Magensaft von Schweinen und Schafen dargestelltes Extrakt. Anwendung: Als Pepsinpräparat.

Gastrosot. Zusammensetzung: Ein Pepsin-Azidalbumin. Anwendung: Als Digestivum.

Marienbader Reduktionspillen (Schindler-Barnay). Zusammen-

setzung: Natürliches Marienbader Salz 1 g, trockenes spirituöses Rhabarberextrakt 2, Königschinaextrakt (kalt bereitet 2 g, Aloe-Extrakt 0·1 g, trockenes Cascara-Sagrada-Extrakt 0·3 g, trockenes, wässeriges Faulbaumrindenextrakt 0·3 g werden in Marienbader Wasser gelöst, zur Trockene verdampft, mit 0·6 g Natriumtaurocholat vermischt und daraus 50 Pillen bereitet, welche noch verzuckert und versilbert werden.

Marina. Zusammensetzung: Mit Kohlensäure gesättigtes, sterilisiertes Meerwasser. Anwendung: Als Abführmittel, auch bei Darmkatarrh, Magenübeln und Diabetes empfohlen.

Neuroton. Zusammensetzung: Ein Glyzerinphosphorsäure-Präparat. Die gewöhnlichen Neurotonkapseln enthalten je 0·3 g Glyzerophosphate und 0·001 g Strychninnitrat. Außerdem kommen noch Neurotonkapseln mit Arsen-Eisen in den Handel, deren prozentuale Zusammensetzung nicht mitgeteilt wird. Anwendung: Als allgemeines Stimulans und Tonikum. — (Riedels Mentor, 1905.)

Glykosal.

Die therapeutische Wirkung des Glykosals, dieses Ersatzmittels des Salizyls, erörtert Dr. K. Schober in Halle in seiner Inaugural-Dissertation. Derselbe behandelte im Laufe eines halben Jahres mehrere Patienten mit akuten, fieberhaften Gelenkrheumatismen, sowie Rheumatismen mit subfebrilen Temperaturen, Muskelrheumatismus und exsudativer Pleuritis mit Glykosal. Als Hauptvorzug des Glykosals neben seiner antirheumatischen Wirkung wird hervorgehoben, daß es den Magen wenig oder gar nicht belästigt. Obschon es, gleich dem Aspirin, durch seine Salizylkomponente sich wirksam erweist, hält es Schober nicht für ausgeschlossen, daß bei diesen Präparaten infolge der allmählichen Aufspaltung im Darm günstigere therapeutische Wirkungen zu erzielen sind. Vf. verabfolgte das Glykosal fast ausschließlich in Oblaten. Klagen über Appetitlosigkeit oder Ohrensausen waren verhältnismäßig selten. Niemals wurden nervöse Erregungen, Dyspnoe etc. beobachtet. Unter den mit Glykosal behandelten Fällen waren wenig Rezidive. Vf. hat, angeregt durch Berichte über äußere Anwendung des Glykosals, in einigen entsprechenden Fällen 10% Glykosal-Salben benutzt und erklärt, die Haut sei unter den Verbänden immer vollkommen intakt geblieben; aus prinzipiellen Gründen empfiehlt er aber nur die interne Glykosalanwendung, die er als wirksame Therapie kennen lernte. — (Pharm. Post, Nr. 17, 1905.)

Zinkperhydrol.

Unter diesem Namen bringt Merck Zinkperoxyd (Zinksuperoxyd) in den Handel. Es ist ein weißes, in Wasser unlösliches Pulver, das aus 50% Zinkperoxyd (ZnO_2) und 50% Zinkoxyd (ZnO) besteht. Mit Säuren bildet es Wasserstoffsuperoxyd, das die desinfizierende und antibakterielle Wirkung des Präparats bedingt. Vor dem von Unna für die dermatologische Praxis in Vorschlag gebrachten Natriumperoxyd hat das Zinkperhydrol den großen Vorzug, daß es bei der Abgabe seines wirksamen Sauerstoffes nicht wie das Natriumsuperoxyd in einen stark ätzenden Stoff (Natriumhydroxyd), sondern in das mild wirkende Zinkoxyd übergeht. Da das Zinkperoxyd bei längerem Stehen mit tierischen und pflanzlichen Fetten fettsaures und ölsaures Zink bildet, welches auf der Haut Entzündungserscheinungen hervorrufen kann, so verwendet man dasselbe mit Vaselin oder Paraffinsalbe gemischt (1 : 9). Das Präparat läßt sich auch als Streupulver verwenden, eventuell auch mit einem Zusatz von Weinsäure, um durch letztere ein schnelleres Freiwerden von Sauerstoff und eine dadurch bedingte intensivere Wirkung zu veranlassen. Ferner kann man mit Zinkperhydrol eine Seifenmischung darstellen, indem man in der Unna'schen Natriumsuperoxydseife das Natriumsuperoxyd durch Zinkperhydrol ersetzt. — (Mercks Berichte 1904.)

Leukrol, das als wirksames Prinzip — nach Angabe der erzeugenden Firma (Chemische Fabrik Erfurt) — das Extrakt einer ostasiatischen Pflanze aus der Familie der Ranunkulazeen enthält, wird zur internen Behandlung des Fluor albus verwendet. Nach der Ansicht hervorragender

Gynäkologen ist nämlich die örtliche Behandlung allein nicht ausreichend, und erfordern die veranlassenden Ursachen eine Allgemeinbehandlung. Zu diesem Zwecke dient nun das Leukrol, über dessen Brauchbarkeit sich einige Praktiker in günstigem Sinne geäußert haben. Kürzlich berichtete auch Goliner (Erfurt) über Versuche, die er mit dem Mittel machte; er kommt zu dem Schlusse, daß empirisch die nützliche Wirkung des Leukrol bei Fluor albus und anämischen Zuständen feststehe. — (Pharm. Post Nr. 17, 1905.)

Anthrasol.

W. Schneider berichtet (in der Deutschen Aerzte-Ztg. Nr. 6, 1905) über die Erfahrungen, die er an der Josephschen Poliklinik für Hautkrankheiten (in Berlin) mit dem Teerersatzmittel Anthrasol gemacht hat: Er hält das Anthrasol für ein gutes Ersatzpräparat des Teers, den es an Dünnflüssigkeit, Sauberkeit, bequemer Handhabung und auch öfter an Wirkung auf einzelne Dermatosen übertrifft. Nach seinen Erfahrungen hält er folgende Schlüsse für berechtigt: 1. Bei chronischen Ekzemen ist das Anthrasol ein vorzügliches Mittel, um eine Epidermisregeneration herbeizuführen und den Juckreiz zu beseitigen, vorausgesetzt, daß Teer überhaupt vertragen wird. Die Hauptindikation stellen chronische Ekzeme dar, die zur Infiltration der Haut geführt haben, während rhagadiforme Ekzeme durch das Präparat unbeeinflußt bleiben. 2. Bei akuten und subakuten Ekzemen ist das Präparat erst nach Ablauf der Reizerscheinungen, und zwar mit der Vorsicht anzuwenden, daß zunächst nur schwache Konzentrationen als Salbe, Paste oder spirituöse Lösung verordnet werden. Im entzündlichen Stadium ist das Anthrasol ebenso wie jedes andere Teerpräparat strikte kontraindiziert. 3. Bei juckenden, nicht entzündlichen Dermatosen (Urtikaria, Pruritus) ist das Anthrasol, speziell als Anthrasol-Glyzerinsalbe, ein gutes Mittel zur Beseitigung des Juckreizes und führt hier oft auch in hartnäckigen Fällen, in denen die üblichen Mittel, einschließlich der bisher bekannten Teerpräparate, versagen, zur Heilung. 4. Bei Skabies leistet die Anthrasol-Wilkinsonsalbe gute Dienste gegen das Grundleiden und das sekundäre Ekzem, wenn sich dasselbe nicht in zu entzündlichem Stadium befindet. 5. Fälle von Lichen ruber scheinen durch das Anthrasol ebensowenig beeinflußt zu werden, wie durch den Teer überhaupt. 5. Bei leichteren Fällen von Hyperhydrosis ist der Anthrasol-Streupuder den sonst üblichen Pulversubstanzen vorzuziehen.

Aspirin.

Dr. L. Goth hat an der Klausenburger Geburts- und Frauenklinik therapeutische Versuche mit dem Aspirin angestellt und dasselbe bei einer großen Reihe von Krankheitsfällen — unter anderem bei 42 Karzinomkranken — geprüft. Er kam zu folgenden Resultaten: Das Aspirin wirkt schmerzstillend bei inoperablem Uteruskrebs, bei Dysmenorrhöe verschiedenen Ursprunges. Es lindert pünktlich und ohne schädliche Folgen die während des Säugens und sonst auftretenden Nachwehen, das nach Kurettement und Behandlung des Cavum uteri vorkommende „Kneipen", die durch Eiterungen verursachten Schmerzen. Weniger verlässig ist es, bewährt sich aber oft genug, bei den mit gonorrhoischen Entzündungen einhergehenden Schmerzen. Aspirin hat eine beruhigende Wirkung. Für die beste Form zum Gebrauch hält Vf. die Bayerschen Originaltabletten zu 0·5 g und erklärt es für das Zweckmäßigste, halbstündlich ein Stück zu geben, bis die Schmerzen nachlassen. Wenn die ersten vier Dosen nicht wirken, ist auch von einer weiteren Steigerung des eingenommenen Quantums kein Erfolg zu erhoffen. Eine von der beschriebenen abweichende Art der Verordnung ist nach Goth bei Karzinomen indiziert, da 1·0 Aspirin, auf einmal genommen, eine länger andauernde Unterbrechung der Schmerzen ergibt. Einen weiteren Vorteil der Verwendung des Aspirins in der gynäkologischen Praxis erblickt Vf. darin, daß es in so geringen Dosen seiner Aufgabe entsprechen kann, daß die Nebenwirkungen den Patienten nur vereinzelt Unannehmlichkeiten verursachen. — (Med. Blätter Nr. 6, 1904.)

Pyrenol.

Mit seiner Arbeit: Beitrag zur Pneumoniebehandlung liefert Dr. Josef Winterberg (aus der dritten med. Abteilung des k. k. allg. Krankenhauses in Wien) einen weiteren Beitrag zur Kenntnis des Pyrenols und es muß dem Vf. vollkommen recht gegeben werden, wenn er einleitend bemerkt, daß das Pyrenol „ohne Zweifel zu jenen Arzneikörpern gehört, die, wie das Diuretin, Aspirin, Urotropin und ähnliche, mit größter Wahrscheinlichkeit kaum mehr aus der Praxis verschwinden werden können". Vf. bestätigt vollauf die günstigen Resultate, die Helfer und Fritz Loeb mit Pyrenol erzielt haben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41, 1904; Zentralbl. f. d. ges. Therap., Seite 572, 1904; Wiener klin. Rundschau Nr. 5, 1905.)

Styptol oder Stypticin?

Chiappe und Ravano haben an der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Genua vergleichende Versuche über beide Mittel angestellt und sind zu der Ansicht gelangt, daß das Styptol besser ist, sowohl wegen seiner prompten hämostatischen Wirkung, die bei größerer Dosis noch mehr hervortritt, als wegen seiner sedativen Wirkung auf den Uterus, im Gegensatz zum Stypticin, welches Schmerzen hervorrufen kann (Bossi), endlich auch deswegen, weil es billiger ist als Stypticin. Zusammenfassend konstatieren sie, daß das Styptol ein dem Stypticin sehr nahe verwandtes Mittel ist, dessen toxische Dosis ein klein wenig höher liegt. Es ist ein sehr promptes und wirksames Hämostatikum, das billiger ist, als das Stypticin und diesem vorgezogen werden muß. — (Der Frauenarzt, H. 3, 1905.)

Styptol.

Fackenheim hat das Styptol, über welches bereits aus der Abel'schen Klinik in Berlin günstige Mitteilungen vorliegen, bei uterinen Blutungen versucht. Der Erfolg war bei Menorrhagie, Blutung nach Abort, klimakterischen Blutungen und Hämorrhagien infolge von Neubildungen, ein prompter. Gleich gut war die Wirkung bei Abortblutungen und nach Abrasionen.

Hervorzuheben ist die analgetische und sedative Wirkung des neuen Hämostatikums. Fackenheim hat Styptol nie prämenstruell verabreicht, wie dies beim Stypticin empfohlen ist. Styptol, das niemals Wehen hervorruft, kann das Secale nicht ersetzen, scheint es aber in glücklicher Weise zu ergänzen.

Bei dem billigen Preis des Styptols, welches auch äußerlich hämostatisch wirkt, kann man weitere Versuche mit Styptol nur befürworten. — (Therap. Monatsh., Mai 1904.)

Ueber Alkoholsilbersalbe berichtet Dr. Löwe.

Die bekannte Wirkung der Alkoholverbände auf Entzündungen (Linderung des Schmerzes, Verminderung der Schwellung, eventuell scharfe Abgrenzung der Eiterung) ist in letzter Linie auf die durch die Alkoholapplikation bewirkte Hyperämie zurückzuführen. Da diese Hyperämie die Resorbierfähigkeit der Haut wesentlich erhöhen muß, so hat Vf. den Alkohol mit dem Kollargol kombiniert, dessen Wirkung auf septische Prozesse erprobt ist. Das Produkt dieser Kombination liegt in der Alkoholsilbersalbe vor, einer braunen, weichen, geschmeidigen Salbe von alkoholartigem Geruch, die 1/2% Kollargol, 70% eines 96%igen Alkohols, Natronseife, Wachs und etwas Glyzerin enthält. Ihre Anwendung ist einfach; die Salbe wird messerrückendick mittels eines Salbenflecks oder direkt auf die vorher gereinigte Haut aufgetragen. Darüber kommt ein luftdicht abschließender Verband. Dieser Salbenverband wird ein- bis zweimal des Tags erneuert. Er hat weder reizende noch austrocknende Wirkung auf die Haut. Die Applikation der Salbe ruft ein lebhaftes Wärmegefühl hervor mit Erleichterung der subjektiven Beschwerden. In leichten Erkrankungsfällen der Haut und des Unterhautzellgewebes verlieren sich Rötung und Schwellung schon meist nach 1—2 Tagen und es tritt Heilung ein. Bei schweren Erkrankungen kommt es teils zu einem, wenn auch langsamen Zurückgehen der

Erscheinungen, teils zu einem raschen Zerfall des Gewebes mit gut begrenzter Eiterung. Falls der Prozeß lokal bleibt und keine weiteren Maßregeln nötig macht, vollzieht sich die Heilung mit kräftiger Granulationsbildung. Unangenehme Nebenerscheinungen, auch beim Auflegen auf offene Wunden, traten nie ein. Die vom Vf. gesammelten therapeutischen Erfahrungen mit günstigem Erfolg erstrecken sich auf Zirkulationsanomalien der Haut, z. B. Frostbeulen, ferner auf mit Oedem einhergehende Ernährungsstörungen der Haut, wie Ulcera cruris, Kongelationen, auf Kontusionen, Verbrennungen, auf nicht infektiöse Entzündungen, auch chronisches Ekzem mit starkem Juckreiz, und schließlich auf eine ganze Reihe infektiöser Entzündungen, wie Panaritien, Phlegmonen, Bubonen, infizierte Wunden etc. Die Salbe wird von der chemischen Fabrik Helfenberg in fest verschlossenen Porzellankruken zu 25 und 50 g (Preis 1 Mark und 1 Mark 25 Pfennig) in den Handel gebracht. — (Allg. Med. Zentr.-Ztg. Nr. 9, 1905.)

Protargolsalbe leistet in der Wundbehandlung, sowie in der Therapie der Hautkrankheiten ausgezeichnete Dienste. Dr. Artur Hopmann (Leverkusen) hat mehr als 1000 Fälle damit behandelt und empfiehlt dieselbe aufs wärmste aus folgenden Gründen:

1. Die Protargolsalbe wirkt vor allem antiseptisch. Sie verhütet das Entstehen entzündlicher Prozesse innerhalb der Wunde und deren Umgebung.

2. Die Protargolsalbe ist reizlos. Sie greift selbst zarte Haut in keiner Weise an.

3. Die Protargolsalbe begünstigt außerordentlich die Granulationsbildung, ohne jedoch, wie es bei der Verwendung von Arg. nitr. der Fall ist, eine Ueberwucherung der Granulationen hervorzurufen.

4. Die Protargolsalbe regt die Epidermisierung der Wundränder energisch und nachhaltig an.

5. Die Protargolsalbe trocknet aus.

6. Die Verwendung der Protargolsalbe schmerzt wenig, meist gar nicht. Die Abnahme des Verbandes vollzieht sich glatt und beschwerdelos, da der mit Protargolsalbe versehene Verband nie mit der Wunde verklebt ist.

7. Die nach konsequenter Anwendung von Protargolsalbenverbänden entstehenden Narben sind von vorzüglicher Beschaffenheit.

Eine gute Vorschrift zur Herstellung einer Protargolsalbe ist folgende:

Rp. Protargoli 1·5—3·0
Solv. in Aq. frigid. 5·0
Tere cum Lanolin. anhydric. 12·0
Adde Vaselin. flav. americ. ad 30·0

M. f. ungt. D. S. S. Auf Verbandgaze aufgestrichen zu applizieren. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1904; Ther. Mon.-Ber. Nr. 3, 1905.)

Perubalsam-Verbände.

Dr. Josef Bett berichtet über mehrere Versuche einer Perubalsambehandlung von Wunden und Verletzungen nach van Stockums Methode. Van Stockum hat vorgeschlagen, alle akzidentellen Wunden, ohne Reinigung mit antiseptischen oder aseptischen Flüssigkeiten, einfach mit Balsamum peruv. ausgiebig zu begießen, eventuell — und zwar bei offenen Knochenbrüchen mit kleiner äußerer Oeffnung — Perubalsam mittels sterilisierter Pravaz-Spritze einzuspritzen. Dieses Verfahren wendet van Stockum kombiniert mit einfachem Druckverbande seit dem Jahre 1900 an, und hat so in 87% der Fälle eine glatte Heilung, die meist reaktionslos verlief, erzielt. Bett, der den Perubalsam an Kranken verschiedenen Alters anwandte, kommt zu dem Schlusse, daß der Gebrauch des Perubalsams nur in solchen Fällen einen Erfolg habe, wo glatte Wundränder und (namentlich bei Schußverletzungen) keine Gewebsnekrosen vorhanden sind. Immerhin tritt Vf., mit Rücksicht auf die sehr häufigen glatten Wundverhältnisse ohne Splitterung, welche durch das moderne Geschoß geschaffen werden, für die Einführung des von van Stockum empfohlenen ersten Verbandes mit Perubalsam ein. — (Pharm. Post Nr. 18, 1905.)

Ueber Euphthalmin berichtet Mironescu in seiner Dissertation (Berlin 1904),



die aus dem pharmakologischen Institut der Universität Berlin hervorgegangen ist. Die physiologische Wirkung des Euphthalmins hat eine große Aehnlichkeit mit der Wirkung des Atropins und ist von ihr im allgemeinen nur quantitativ unterschieden. Der einzige vom Vf. gefundene qualitative Unterschied ist die lähmende Wirkung des Mittels auf das Herz des Kaninchens bei intravenöser Einführung größerer Dosen.

Ueber Kalomelol = lösliches Kalomel berichtet nach zweijähriger Erprobung des Präparates Galewsky, Dresden, (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1905) zusammenfassend folgendes: 1. Die Kalomelolsalbe (Unguentum Heyden) ist als Einreibungskur zu empfehlen in allen Fällen, in welchen es sich um eine milde Verordnung von Quecksilber in unauffälliger Form handelt, und in welchen die Patienten vor grauer Salbe zurückschrecken. 2. Sie empfiehlt sich zu milden Zwischenkuren im Sinne der Fournier'schen und Neisser'schen intermittierenden Kuren. 3. Sie empfiehlt sich bei allen Patienten mit empfindlicher Haut, bei allen denjenigen Formen von Hg-Idiosynkrasie, bei welchen eine Einreibung von grauer Salbe nicht möglich ist. 4. Sie ist ein sehr gutes Mittel zur Behandlung der Pediculi pubis. 5. Innerlich in Tabletten zu 0·01 mit Opiumzusatz ist das Kalomelol ebenfalls für schwache Zwischenkuren oder für Kuren, in welchen Einreibungen oder Einspritzungen nicht möglich sind, zu empfehlen. 6. Lokal hat sich das Kalomelol mit Amylum zu gleichen Teilen oder in der Form von 2%igen Umschlägen bewährt. 7. Der Kalomelol-Salizyl-Seifen-Trikoplast und der Kalomelol-Pflastermull sind wegen ihrer unauffälligen Farbe ein gutes Erweichungsmittel zur lokalen Behandlung luetischer Efflorescenzen und indurierter Drüsen.

Exodin hat sich nach den Erfahrungen von Schmechel (Inaug.-Diss., München 1905) auch für Wöchnerinnen als ein leicht zu nehmendes Abführmittel erwiesen, welches den Magen nicht belästigt und vollkommen reizlos, ohne jeden schädigenden Einfluß auf den Verlauf des Wochenbettes wirkt. Als notwendige Dosis hat sich eine solche von vier Tabletten gleich 2 g herausgestellt, wenn man einigermaßen sicher auf Erfolg rechnen will, und selbst da waren unter 30 Fällen noch drei Mißerfolge zu verzeichnen. Bei den bisher als ausreichend bezeichneten Gaben von 1·0—1·5 war der Erfolg ganz unsicher. Es ist zu beachten, sagt Vf., daß unter diesen Umständen der Gebrauch von Exodin, wenigstens für Anstalten, recht teuer kommt, denn 2 g kosten in Tablettenform 40 Pf. Als Uebelstand ist auch zu bezeichnen, daß die Wirkung so lange auf sich warten läßt.

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Neue Tuberkelbazillen-Präparate der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

T. O. A. besteht aus der durch Filtration von den Bazillen befreiten, vollkommen keimfreien, nicht eingeengten Kulturflüssigkeit von Tuberkelbazillen, welche von tuberkulösen Menschen stammen. — 1 cm^3 T. O. A. entspricht 100 mg Alt-Tuberkulin.

P. T. O. besteht aus der durch Filtration von den Bazillen befreiten, vollkommen keimfreien, nicht eingeengten Kulturflüssigkeit von Perlsucht-Tuberkelbazillen. — 1 cm^3 P. T. O. entspricht 1 cm^3 T. O. A. = 100 mg Alt-Tuberkulin.

Vakuum Tuberkulin besteht aus einem im luftverdünnten Raume, bei niedriger Temperatur auf $^1/_{10}$ seines Volumens eingeengten T. O. A. — 1 cm^3 Vakuum-Tuberkulin = 10 cm^3 T. O. A. = 1000 mg Alt-Tuberkulin.

Perlsucht-Vakuum-Tuberkulin besteht aus einem im luftverdünnten Raume, bei niedriger Temperatur auf $^1/_{10}$ seines Volumens eingeengten P. T. O. — 1 cm^3 Perlsucht-Vakuum-Tuberkulin entspricht 10 cm^3 P. T. O. = 1000 mg Alt-Tuberkulin.

Perlsucht-Tuberkulin wird ganz analog dem Alt-Tuberkulin,

jedoch aus Perlsucht-Tuberkelbazillen hergestellt. — 1 cm³ Perlsucht-Tuberkulin entspricht 1000 mg Alt-Tuberkulin.

Die vorstehenden Präparate kommen in Fläschchen zu 1 cm³ und zu 5 cm³, zum Preise von Mk. 1·50 pro cm³, exklusive Packung, in den Handel.

Spermin. Zusammensetzung: Spermin ist eine in den Hoden und den meisten Drüsen des menschlichen Organismus enthaltene Base, $C_5H_{14}N_2$. Sperminpräparate sind Lösungen des salzsauren Salzes dieser Base. — Anwendung: Als Tonikum und Stimulans bei Diabetes, Neurasthenie, Tabes, Syphilis, Pneumonie, Typhus, Skorbut, Marasmus, Kachexien etc. Man unterscheidet Spermin hydrochloricum in 2%iger Lösung in Tuben à 1·5 g und Spermin hydrochloricum-Essenz. Es wird täglich der Inhalt einer bis mehrerer Tuben injiziert.

Graminin ist ein neues Serum in Pulverform, das gegen Heufieber als Schnupfmittel Anwendung findet.

Myelocene. Zusammensetzung: Aus dem gewöhnlichen (nicht dem roten) Mark von Röhrenknochen gewonnenes ätherisches Extrakt.

Haemato-Antitoxin. Zusammensetzung: Serum von Tieren, welche mit Tuberkelantitoxin gefüttert sind. Anwendung: Als Mittel gegen tuberkulöse Infektion.

Martin'sche Pastillen enthalten Diphtherie-Heilserum. Dieselben muß der Kranke im Munde zergehen lassen, darf sie nicht kauen, auch keine Mundspülung vornehmen. — Stündlich wird eine genommen. Nach Dopter (Münch. med. Wochenschr., 1905) waren bei ihrer Anwendung nach längstens fünf Tagen die Bazillen verschwunden; ein längeres Verweilen derselben ist eine Ausnahme, und Rückfälle sind selten. — (Pharm. Post.)

Xeroform in der medizinischen und chirurgischen Praxis. Von Dr. Currier. Vf. bespricht das gesamte Anwendungsgebiet des Xeroforms, dessen Hauptvorzug vor dem Jodoform in seiner experimentell und klinisch festgestellten absoluten Ungiftigkeit und Reizlosigkeit besteht, und teilt zum Schlusse die Erfahrungen mit, die er während eines Jahres mit dem Xeroform gemacht hat. Bei zwei inoperabeln verjauchten Karzinomen bewirkte das Xeroform Geruchlosigkeit, Verminderung der Schmerzen und geringere Neigung zu Blutungen. Ebenso bewährte es sich auf genähten Operationswunden, die ohne Eiterung und reaktionslos heilten; in der kleinen Chirurgie, bei der Behandlung nässender Ekzeme, Pruritus ani etc. Als weiteren Vorzug rühmt er seine Billigkeit im Gebrauch. — (St. Louis Med. Rev., 11. März 1905.)

Maceratio adrenalina porci.

Mit Schweinenierenmazeration haben Page und Dardelin (La presse med. Nr. 107, 1904) bemerkenswerte Resultate bei Nephritikern erzielt. In 16 von 18 Fällen schwand das Albumen vollständig aus dem Urin; einmal wurde es um die Hälfte vermindert, einmal war der Erfolg ein zweifelhafter, da die Behandlung abgebrochen wurde.

Die Mazeration wird auf folgende Weise hergestellt: Eine ganz frische Schweineniere wird in Stücke geschnitten, mit frischem Wasser ausgelaugt und dann zu Brei zerrührt; dieser Brei wird drei Stunden lang unter gelegentlichem Umrühren mit 300 g physiologischer Kochsalzlösung mazeriert und zur Vermeidung der Fermentation in der Kälte aufbewahrt. Das rote Mazerationswasser trinkt der Patient in drei Portionen im Laufe des Tages aus, es widersteht weniger als man glauben sollte, besonders wenn man es mit kalter Brühe versetzt. Die Behandlung muß zehn Tage fortgesetzt werden; während dieser Zeit ließen Vf. Milchdiät einhalten, es kann aber auch ohne Nachteil lakto-vegetabile Diät gegeben werden. Das Präparat ist, wenn möglich, vom Apotheker zu beziehen. Es ist zu beachten, daß es in der Frühe des Tages, an dem es gebraucht wird, bereitet werden soll. Gegen 11 Uhr wird die erste Dosis gegeben. Mazerationen, die schon einen Tag alt sind, zersetzen sich.



2. Rezeptformeln.

Ekzema marginatum:

Rp. Sulphur. sublimat.
Pic. liquid. } āā 22·50
Sapon. virid.
Terr. alb. 11·25
Adip. suill. 30·0
M. f. ungt. — (Gant. Americ. Journ. of Derm. and Genito-urin. Diseases. Nr. 5, 1904.)

Heroin als Hustenmittel.

Dalmady empfiehlt das Heroin als hustenreizstillendes Mittel, besonders bei Lungentuberkulose. Er verordnet es in folgender Weise:

Rp. Heroin. hydrochlor. 0·05
Saccharin. 3·0
M. f. p. div. in dos. Nr. X.
D. S. Täglich 2—3 Pulver oder abends 1—2 Pulver.

Rp. Emulsionis oleosae 150·0
Heroin. hydrochlor. 0·02
M. D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll.

Rp. Aq. Amygd. amar. 15·0
Heroin. hydrochlor. 0·08
M. D. S. Dreimal täglich acht Tropfen oder abends 12—16 Tropfen. — (Budapesti Orvosi Ujság Nr. 38, 1904.)

Zur Kehlkopfpinselung:

2% Tanninlösungen.

Rp. Jodi puri 0·5
Kal. jodat. 1·0
Glycerin. 25·0

Rp. Argent. nitr. 0·1
Aq. dest. 10·0
D. S. 1% Höllensteinlösung; jeden zweiten Tag einpinseln; vorsichtig steigern bis zu 2%, 3% Lösungen, aber dann längere Pausen zwischen den einzelnen Pinselungen.

Masern.

Rp. Ammon. chlor. 1·0
Ammon. carb. 1·5
Infus. Ipecac. 0·3 : 90·0
Syr. Senegae ad 120·0
M. D. S. Zwei- bis dreistündlich ein Teelöffel voll; für ältere Kinder.

Rp. Infus. Ipecac. 0·3 : 100·0
Extr. Opii 0·03
Liq. Ammon. anis. 1·5
Syr. Senegae ad 120·0
M. D. S. Zweistündlich ein Kinderlöffel voll; für größere Kinder.

Gegen den Pruritus analis bei Hämorrhoiden empfehlen sich Rektalinjektionen von zwei Eßlöffeln folgender Mischung:

Rp. Menthol 0·50
Extr. fluid. Hamamelis 15·0
Extr. fluid. secal. corn.
Extr. fluid. hydrastis canad. } āā 50·0
Extr. fluid. Castan.
Tinct. Benzoës comp.
Ol. carbol. (3%) 35·0

Diuretika:

Rp. Infus. fol. Digitalis 1 : 120·0
Colaturae adde
Diuretin. (Knoll) 12·0
Aq. Menth. pip. ad 200·0
M. D. S. Dreistündlich einen Eßlöffel voll zu nehmen.

Rp. Fol. Digital. pulv. 0·1
Diuretin. (Knoll) 1·0
Sacch. alb. 0·3
M. f. p. D. tal. dos. Nr. X. S. Dreimal täglich ein Pulver in Oblaten zu nehmen.*)

Rp. Diuretin. (Knoll) 5·0—7·0
Aq. Menth. pip. 180·0
Syr. simpl. ad 200·0
M. D. S. Dreimal täglich einen Eßlöffel voll zu nehmen.

Hysterie:

Bornyval Riedel.
(1 Originalschachtel = 25 Gelatinekapseln à 0·25.)
Dreimal täglich eine Perle zu nehmen.

Gegen Enteritis der Kinder:

Rp. Natr. parakretosin. 0·1
Tinct. Opii simpl. gtts. II
Spirit. vini Cognac 1·0
Syrup. gummos. 5·0
Aq. dest. 25·0
D. S. Zweistündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen. — (Ther. Mon.-Ber. Nr. 6, 1905.)

---

*) Hiemit ist öfter noch in Fällen Erfolg zu erzielen, in denen alle anderen Diuretika versagen



Gegen Bronchialkatarrh:

Rp. Infus. flor. Sambuci 15·0 : 150·0
Liq. Ammonii acetic. } āā 25·0
Syrup. simpl.

D. S. Zweistündlich einen Eßlöffel voll zu nehmen. — (Ther. Mon.-Ber. Nr. 6, 1905.)

Gegen Appetitlosigkeit:

Rp. Mentholi 0·5
Tinct. Valerian. aeth. } āā 10·0
Tinct. carvi

D. S. Dreimal täglich 15 Tropfen vor den Mahlzeiten zu nehmen. — (Ther. Mon.-Ber. Nr. 6, 1905.)

3. Behandlungsmethoden.

Schwefelbehandlung der Hautkrankheiten.

Thigenol ist nach Bloch (Monatsh. f. prakt. Dermatologie, Nr. 1, 1905) als ein wesentlicher Fortschritt in der Schwefelbehandlung der Hautkrankheiten zu betrachten. Namentlich dürfte es in der Ekzembehandlung eine ausgedehnte Anwendung finden, da es bei akuten Ekzemen eine überraschend schnelle, dabei reizlose Wirkung entfaltet. Bei chronischen Ekzemen wirkt das Thigenol sehr günstig auf die infiltrierten Partien ein; hier kommen zweckmäßig auch pure Lösungen zur Anwendung, wie in einem Falle von rhagadiformem Ekzem der Hände, das in zehn Tagen heilte. Im allgemeinen kommt man mit einer 20—40%igen Thigenolsalbe, beziehungsweise -Paste aus. Ebenso günstig werden die seborrhoischen Zustände der Haut beeinflußt; bei der Alopecia seborrhoica hat sich ein 8%iger Thigenolspiritus bewährt, der eine schnelle Beseitigung der Abschuppung und des Juckens herbeiführte. Auch bei der weiteren, sich bekanntlich über Monate und Jahre erstreckenden Behandlung der Alopekie dürfte das Thigenol zweckmäßig zur Verwendung kommen. — (Pharm. Post, Nr. 20, 1905.)

Taenifugum.

Chloroform soll sich nach Léger bei innerlicher Verabreichung als ein dem Kusso, Pelletierin und Filixextrakt gleichwertiges Tänifugum erwiesen haben. Der Patient muß Milchdiät halten. Abends erhält er ein reinigendes Klistier und am anderen Morgen in Zwischenräumen von 3/4 Stunden auf viermal folgende Mixtur: Chloroform 4·00, Syr. Sacchari 30·00, Aq. dest. 120·00. Zwischen der dritten und vierten Dosis verabreicht man 30 g Rizinusöl. — (Mercks Berichte, 1904.)

Anästhesin wird von Lotheissen zur Anästhesierung des Kehlkopfes, von Granulationsflächen vor der Lapisierung, bei Erkrankungen der Speiseröhre, bei der Oesophagoskopie, bei Fissuren etc. in Pulverform oder folgender Verordnung empfohlen:

Rp. Anaesthesini hydrochlorici 0·5
Morph. hydrochl. 0·02
Natr. chlorat. 0·25
Aq. steril. 100·0

(Wien. klin. Rundschau Nr. 44, 1904.)

Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Phenosalyl berichtet M. W. Dempel (Chefarzt des Jalta'schen Sanatoriums) in der Aprilnummer der therap. Monatshefte, 1905.

Um das Mittel auf seinen Wert zu prüfen, hat er es in der Privatpraxis und in den ihm zugänglichen Anstalten fast ausschließlich angewandt. Zunächst brachte er es, den Vorschriften Steins gemäß, in 3—5%iger Glyzerinlösung nach vorangehender Kokainisierung der Schleimhaut (Cocain. mur. 0·5, Antipyrin. 0·5, Acid. carbol. 0·01, Aq. dest. 10·0) in Anwendung, dann begann er ausschließlich eine 3%ige wässerige Lösung anzuwenden, weil vielen Kranken das Einhüllungsgefühl unangenehm war, welches nach der Applikation der Glyzerinlösung zurückblieb und nicht selten Brechreiz verursachte; desgleichen nahm er von der Anwendung konzentrierter Lösungen Abstand, weil die Applikation derselben schmerzhaft war. Letzteres gilt hauptsächlich für konzentrierte wässerige Lösungen, während Glyzerinlösungen von gleicher Konzentration etwas milder wirkten. Die Einpinselungen wurden 2—3mal wöchentlich ausgeführt; in manchen Fällen mußten sie täglich statt-

finden. Waren die spontanen Schmerzen gering, so war eine vorangehende Kokainisierung der Schleimhaut nur kurze Zeit, ungefähr 3—4mal, erforderlich. Dann wirkte schon das Phenosalyl selbst in genügendem Maße schmerzstillend. In ernsteren Fällen war es nötig, die Schleimhaut längere Zeit zu kokainisieren, während man in schweren Fällen ohne Kokain überhaupt nicht auskommen konnte.

Am besten zeigte sich die Wirkung des Mittels bei seichten Geschwüren und Erosionen. Die Heilung vollzieht sich bisweilen frappierend rasch: nach 3—5 Pinselungen und vollständig unabhängig vom Grade der Lungenaffektion und vom Allgemeinzustand. Tiefere Geschwüre erheischten eine längere Behandlungsdauer (1—2 Monate) und verheilten häufig überhaupt nicht. Mäßige Infiltrationen machten zwar eine beharrliche Phenosalylanwendung erforderlich, boten aber doch im Sinne einer Heilung ziemlich dankbare Formen. Bedeutende Infiltrationen trotzten meistens der Behandlung und ließen nur in gewissen Fällen an Umfang etwas nach. Am schwierigsten bildeten sich bedeutende Infiltrationen des Spatium interarytaenoideum und Schwellungen der Knorpel zurück. In den Fällen, in denen neben Infiltrationen Geschwüre vorhanden waren, war der Ausgang hauptsächlich durch die Tiefe der letzteren bedingt: je tiefer die Geschwüre waren, desto aussichtsloser war die Behandlung, selbst wenn Kurettement angewendet wurde. Heiserkeit und Aphonie verschwanden, wenn sie durch Erosionen an den Rändern der wahren Stimmbänder oder durch kleine Geschwüre bedingt waren, bei Verheilung derselben völlig. In anderen Fällen trat Heilung viel seltener ein.

Trachom-Behandlung.

Nach den Erfahrungen von W. Th. Gortaloff (Allg. med. C.-Ztg., Nr. 10, 1905) gibt das Ichthargan einen größeren Prozentsatz von Besserungen und Genesungen als das Sublimat und das Argentum nitricum. Es ruft bei langdauerndem Gebrauch selten Reizung, Argyrose und andere unerwünschte Nebenwirkungen hervor und hat dank der gleichzeitigen Wirkung des Silbers und Ichthyols in denjenigen Fällen einen günstigen Einfluß, in denen das Argentum nitricum oder das Sublimat allein nur Reizung hervorrufen. Die partielle Ausdrückung der Körner setzt die Intensität des trachomatösen Prozesses herab, beschleunigt die Resorption der Körner und bewirkt dadurch eine bedeutende Abkürzung der Behandlungsdauer, sie ist zu einer Zeit vorzunehmen, zu der die entzündlichen und Reizerscheinungen genügend nachgelassen haben. In vernachlässigten Fällen von entzündlichem Trachom wirkt am sichersten eine kombinierte Ichtharganbehandlung, bei der man nach längerer Behandlung mit Ichthargan vorübergehend zu Cuprum sulfuricum oder Tannin, beziehungsweise zu anderen Mitteln greift, um dann wieder zum Ichthargan zurückzukehren. Die Gefäßentzündung der Hornhaut (Pannus) nimmt unter dem Einflusse von Pinselungen mit 1%igen Ichthargan-Lösungen einen günstigen Verlauf. Das entzündliche Trachom erheischt ungefähr eine doppelt so lange Behandlungsdauer wie das körnige; die durchschnittliche Behandlungsdauer des letzteren beträgt bei teilweiser Ausdrückung der Körner zirka zwei Monate. Das Ichthargan ist nach den Erfahrungen des Vf. ein gutes Hilfsmittel bei der Behandlung des Trachoms und dessen Komplikationen, aber nicht mehr.

Krätze.

Gelegentlich einer in den beiden letzten Jahren in Konstantinopel aufgetretenen Krätzeepidemie hat Hodara die verschiedenen meistempfohlenen Mittel durchprobiert und blieb schließlich bei folgender Salbe stehen, mit der während einer Woche jeden Abend der ganze Körper eingerieben werden muß:

Rp. Axung. Porci, Ol. Oliv. āā 100·0
Sulph., Naphthol. β, Bals. peruv., Cret. praepar. āā 20·0

Essence de Violette als aromatischer Zusatz.



Die Salbe kann auch bei kleinen Kindern angewandt werden, doch muß dann der Zusatz von Olivenöl größer sein. — (Monatsh. f. prakt. Derm., Nr. 6, 1905.)

4. Varia.

Hypnotika.

In seiner Arbeit „Ueber Veronal am Krankenbett" gibt Wilhelm Köhler folgende Zusammenstellung der schlaferzeugenden Dosis und der verschiedenen Preise der einzelnen Hypnotika:

Schlafmittel	Schlaferzeugende Dosis	Preise in Mark
Chloralhydrat	2·0 g	0·10
Chloralmid	2·5 g	0·25
Paraldehyd	5·0 g	0·25
Amylenhydrat	3·0 g	0·30
Sulfonal	2·0 g	0·20
Trional	1·5 g	0·375
Urethan	2·5 g	0·25
Dormiol	2·0 g	0·20
Hedonal	2·0 g	0·50
Veronal	0·5 g	0·20

(Diss. Halle 1904.)

Praktische Versuche am Krankenbett über die diuretische und antihydropische Wirkung des Theozin (Theophyllin). Von Z. Rattner.

Am wirksamsten erwies sich dem Vf. das Theozin in den Fällen, in welchen beträchtliche Oedeme bestanden; hier kam auch die harntreibende Kraft des Medikaments am entschiedensten zum Ausdruck. Am allerwenigsten ermutigend waren die Erfolge bei Pleuritis; wenn auch die diuretische Wirkung nicht ausblieb, so zeigte sich dennoch die pleuritische Affektion im großen Ganzen unbeeinflußt. Die Versuche an sonst gesunden Menschen lieferten ebenfalls, im Gegensatz zu anderweitig gemachten Erfahrungen, überall den vollen Beweis für die harntreibende Kraft des Theozins. In dem Sinne zuverlässig, daß nach jedesmaligem Gebrauch des Mittels eine vermehrte Diurese eintreten mußte, ist das Theozin — analog allen übrigen Diureticis — nicht. Wo andere Mittel jedoch versagten, ließ sich mitunter noch mit Theozin etwas ausrichten, eine Eigenschaft, die wohl Beachtung verdient. — (Inaug.-Diss., Würzburg, 1903.)

Bleivergiftung.

Zur wirksamen Bekämpfung der Vergiftungsgefahren, welchen die Arbeiter bei der Förderung, Aufbereitung, Verhüttung und Verwendung des Bleies und seiner Verbindungen ausgesetzt sind, wird eine Preisbewerbung unter folgenden Bedingungen ausgeschrieben: Es sollen zuerkannt werden: 1. Ein Preis von 5000 Mark für die beste Schrift über die Beseitigung der Bleigefahren bei der Förderung und Aufbereitung von Bleierzen und bleihaltigen Erzen, 2. ein Preis von 10.000 Mark für die beste Schrift über die Beseitigung der Bleigefahren in Bleihütten, 3. zwei Preise, und zwar ein erster von 2500 Mark und ein zweiter Preis von 1500 Mark für die besten Schriften über die Beseitigung der Bleigefahren bei der chemischen Verwendung von Blei in Bleifarbenfabriken, Akkumulatorenfabriken u. dgl., 4. vier Preise, und zwar ein erster von 1500 Mark, ein zweiter von 1000 Mark und zwei dritte Preise von je 750 Mark für die besten Schriften über die Vermeidung der Bleigefahr im Gewerbe der Anstreicher, Maler, Lackierer u. dgl., 5. vier Preise, und zwar ein erster von 1500 Mark, ein zweiter von 1000 Mark und zwei dritte Preise von je 750 Mark für die besten Schriften über die Beseitigung der Bleigefahr in Gewerben, in denen Blei und Bleifabrikate in großem Maße zum Verbrauch gelangen, wie in Schriftgießereien und Buchdruckereien. — Der Endtermin ist Ende Dezember 1906. Näheres ist durch das Sekretariat der internationalen Vereinigung für Arbeiterschutz in Basel zu erfahren.

Am 2. Mai 1905 hat der in Berlin tagende Röntgen-Kongreß beschlossen, eine einheitliche **Nomenklatur der Röntgenologie** für die Kongreß- und Schriftsprache einzuführen. Folgende Bezeichnungen sollen in Zukunft verwendet werden: Röntgenologie = Röntgen-Lehre, Röntgen-Wissenschaft; Röntgenoskopie = Röntgen-Durchleuchtung; Röntgenographie = Röntgen-Aufnahme; Röntgenogramm =

Röntgen - Bild, a) Röntgen - Negativ, b) Röntgen - Positiv, c) Röntgen - Diapositiv; Ortho-Röntgenographie; Röntgen-Therapie = Röntgen-Behandlung; Röntgenisieren = mit Röntgen-Strahlen behandeln.

Bücher-Anzeigen.*)

Die malignen Geschwülste im Kindesalter. Von Dr. A. Steffen. Stuttgart 1905. Verlag von Ferdinand Enke. 276 Seiten. Preis 8 Mark.

Das Buch bringt eine außerordentlich große, vom Vf. aus der Literatur und eigenen Praxis gesammelte Kasuistik der im Kindesalter vorkommenden Karzinome, Sarkome, Gliome, Adenome und anderen malignen Geschwülste. Die einzelnen Organe sind gesondert behandelt; ausführlich wird dabei jedesmal in einer gemeinsamen Uebersicht der Fälle die Klinik, Diagnose, Prognose und Therapie geschildert.

Die Zusammenstellung gibt ein gutes Bild von der Häufigkeit der kongenitalen Anlage der Geschwülste: die Tumoren der Nieren, Ovarien und Hoden sind hier vor allem zu nennen. Ziemlich zahlreich sind die Fälle, in denen dieselbe Geschwulstart bei einer Reihe von Geschwistern auftritt, jedoch ist über den Einfluß der Vererbung nichts Sicheres festzustellen. Aetiologisch wichtig sind Traumen. Das Geschlecht hat nur insofern einen Einfluß auf die Häufigkeit der Tumoren, als Knaben sich öfter Verletzungen aussetzen als Mädchen. Wenn auch die verschiedenen Formen der Sarkome die anderen Tumorarten an Zahl überragen, so muß doch auf Grund dieser Kasuistik die Lehre von der Seltenheit der Karzinome im Kindesalter stark eingeschränkt werden.

Es ist hier nicht der Ort, auf interessante Einzelheiten, z. B. eigenartige Symptomenkomplexe, Sitz der Metastasen u. s. w. einzugehen. Der Arzt, dem einschlägige Fälle in der Praxis vorkommen, wird in der Fülle des hier gebotenen Materials leicht Vergleichspunkte mit seinen Beobachtungen finden.

Der Bericht über eine große Reihe von Operationserfolgen muß mit Hinsicht auf die sonst sehr schlechte Prognose der Tumoren zum raschen, energischen Eingreifen — auch bei Rezidiven — animieren.

Einstein, Stuttgart.

Die Verwertung der Fäzesuntersuchung für die Diagnose und Therapie der Säuglingsdarmkatarrhe nach Biedert. Von Dr. Paul Selter, Solingen. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1904.

Chemische und mikroskopische Untersuchungen der Fäzes von Säuglingen zur kritischen Beurteilung der vorhandenen Verdauungsstörung und einer darauf fußenden Therapie sind seit langem von Biedert inauguriert, von Vf. in einer überaus großen Anzahl gemacht und für den praktischen Gebrauch als über alles Erwarten glücklich verwertbar befunden worden.

Das vorliegende Buch gibt in wohltuender Kürze eine trotzdem umfassende Abhandlung über die Schicksale der Nährstoffe im Magendarmkanal, dann über die Beschaffenheit der Säuglingsfäzes im gesunden und kranken Zustande.

Der zweite mehr praktische Teil lehrt aus dem Stuhlbilde und der Stuhluntersuchung die Art der Verdauungsstörung bestimmen und zeigt in einer Anzahl lehrreicher Krankengeschichten die Art des Vorgehens, gibt in diesen die Belege für die guten Erfolge einer nach den Ergebnissen der Fäzesuntersuchungen eingeschlagenen Therapie.

Das Studium des Buches kann dringend empfohlen werden und wird jeder Arzt für die Anregungen und die interessanten Ausführungen dem Autor Dank wissen.

R., München.

Typhlitis, Perityphlitis, Appendizitis. Von Prof. Dr. Bourget in Lausanne. Die (interne) medizinische Behandlung der Entzündungen des Cökums. Verlag von Ch. Eggimann & Co., Genf.

Vf. betont die Zunahme der Erkrankungen an Appendizitis in den letzten zehn

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.



Jahren und die Häufigkeit der schweren Fälle; er macht hiefür die seiner Ansicht nach „schlechteste Therapie“ verantwortlich, die nur dem Chirurgen in die Hände arbeitet, nämlich die Behandlung mit unbedingter Ruhelage, Eis und Opium. Er selbst behandelt die Anfälle von Appendizitis mit täglichen innerlichen Gaben von Rizinusöl 15 bis 20 g, darin 1 g Salazetol, ferner mit täglichen hohen Einläufen mit 1 l 4 bis 5‰ Ichthyollösung, darin 100 bis 250 g Olivenöl mit Menthol-, Thymol-(1%)Gehalt. Wichtig ist prophylaktisch auf Magendarmstörungen zu achten, die er entsprechend behandelt. Durch die Spülungen und das Rizinusöl wird der Darm von seinem Inhalt und den die Intoxikation bedingenden Stoffen befreit, der Schmerz läßt nach, die Temperatur sinkt zur Norm, ein eventuell vorhandenes Exsudat resorbiert sich rasch, d. h. der Patient ist innerhalb weniger Tage von dem akuten Anfall geheilt. Mag man über Vfs. Behandlungsweise, die mit der uns üblichen in Widerspruch steht, denken wie man will, höchst bemerkenswert ist die Tatsache, daß B. in den letzten zehn Jahren keinen Patienten an Appendizitis verloren hat!

R., München.

Die Schulkrankheiten. Von Dr. Maximilian Munk, k. und k. Regimentsarzt etc. 1. Heft: Die Schulkurzsichtigkeit. Verkrümmungen der Wirbelsäule. Brünn 1905. Verlag von Karafiat & Sohn.

Kurzsichtigkeit und Skoliose sind Erkrankungen des schulpflichtigen Alters, die durch die Schäden, wie sie unser zur Zeit organisierter Unterricht, dazu die häusliche Beschäftigung meist ohne Aufsicht für die Schüler in sich bergen, in erschreckender Weise in ihrer Häufigkeit gesteigert werden. Sind doch von den jungen Männern, die die Mittelschulen verlassen, über die Hälfte mehr oder minder hochgradig kurzsichtig; ferner hat man in Knaben- und Mädchenschulen bei über ein Drittel Anomalien der Wirbelsäule gefunden.

Hier hat die Schulhygiene zielbewußt einzusetzen, um die Prophylaxe dieser Erkrankungen wirkungsvoll — und das ist möglich — zu gestalten. Rechtzeitige Erkennung und Korrektur des Leidens kann nur durch fachmännische, d. h. ärztliche öftere Untersuchung gewährleistet werden; von grundlegender Wichtigkeit sind richtige Verteilung von Arbeits- und Spielstunden, keine zu lang dauernde Naharbeit, guter Druck in den Büchern, Steilschrift und entsprechende Hefthaltung, den Größenverhältnissen angepaßte Sitzgelegenheiten u. a. m. Die Zahlen, die Vf. aus der ihm ärztlich unterstellten Kadettenschule sowie aus einer schwedischen Schule (nach Widmarck) anführt, beweisen uns, daß die Hygiene des Auges in Bezug auf Verhütung der Kurzsichtigkeit, bezw. deren Verschlimmerung in zielbewußter Handhabung Triumphe feiern kann.

R., München.

Die Zahnpflege in Schule und Haus. Von Dr. Maximilian Munk. Brünn 1905. Verlag von Karafiat & Sohn.

Die Bedeutung der Zahn- und Mundkrankheiten sowohl für die allgemeine physische Entwicklung als insbesondere für die Entstehung von Infektionskrankheiten ist so wichtig, ferner ist die Tatsache, daß eine große Untersuchungsreihe an Schulkindern gezeigt hat, daß keine 2% gesunde Zähne haben, so auffallend, daß die Schule mit berufen erscheint, dies von Haus und Familie vernachlässigte Kapitel zu allgemeinerem Verständnis zu bringen durch Belehrung über Zahnpflege, dann durch regelmäßige Untersuchung durch den Schul(zahn)arzt und Veranlassung einer sachgemäßen Behandlung.

R., München.

Die Hygiene des Schulgebäudes. Von Dr. Maximilian Munk. Brünn 1905. Verlag von Karafiat & Sohn.

Vf. bespricht in 24 Kapiteln, anfangend von der Wahl des Baugrundes und der Fortsetzung des Bauplanes bis zur vollendeten inneren Einrichtung, klar und übersichtlich und doch in allen Einzelheiten ausführlich, alles, was auf die Hygiene des Schulgebäudes Bezug hat; es ist unmöglich, alle die Kapitel gesondert zu referieren, doch kann jedem, der für diese wichtigen Fragen Interesse hat, die anregende lehrreiche Lektüre wärmstens empfohlen werden.

R., München.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



(Aus Prof. Dr. Vulpius' Orthopädisch-chirurgischer Klinik in Heidelberg.)

Apparat und Operation in der orthopädischen Therapie.

Von Prof. Dr. **Oskar Vulpius.**

Sowohl die Fortschritte in der Konstruktion der portativen orthopädischen Apparate, als die Einführung und Weiterentwicklung chirurgischer blutiger wie unblutiger Eingriffe haben zu dem bemerkenswerten Aufschwung beigetragen, welchen die Orthopädie während der letzten Lustren erfahren hat.

Recht verschiedene Bewertung und infolge dessen wechselnde Begrenzung des Indikationsgebietes der mechanischen und der chirurgischen Orthopädie, und hier wieder der blutigen und unblutigen Chirurgie, läßt sich bei den führenden Vertretern dieses Spezialfaches nachweisen. Solche Differenzen in Ansicht und praktischer Betätigung sind auf persönliche Neigungen und Talente, auf die Art der Klientel und mancherlei äußere Umstände zurückzuführen, sie sind keineswegs bedauerliche Anzeichen mangelhafter wissenschaftlicher Exaktheit — gründet sich doch häufig der Fortschritt gerade auf Wett- und Widerstreit!

Unsere Klinik hat sich von jeher bemüht, die beiden Zweige der Orthopädie nach Kräften zu pflegen und zu fördern. Ich selber bin durch meinen Bildungsgang mit der operativen Chirurgie stets eng verbunden und darum geneigt gewesen, mich auf diesem Gebiete innerhalb der Grenzen meines Spezialfaches zu betätigen. Zugleich hatte ich aber das Glück, als Leiter meiner Anstaltswerkstätte eine hervorragende Kraft zu gewinnen in dem Bandagisten Franz Bingler, der mich sowohl durch Erfindungsgeist als durch technisches Können erfolgreich unterstützte, ohne je die ihm gesteckten Grenzen zu überschreiten.

Wenn ich im folgenden aus den Erfahrungen, welche ich durch die teils mechanisch-orthopädische, teils chirurgisch-orthopädische Behandlung einiger Tausende von Patienten im Laufe der Jahre sammeln konnte, einige Schlußfolgerungen ziehe und meinen Standpunkt hinsichtlich der Wahl dieser oder jener Behandlungsmethode in aller Kürze darstelle, so lege ich damit eine Art von Glaubensbekenntnis ab. Dasselbe mag für den Fachkollegen vielleicht nicht ganz ohne Interesse sein, es soll in erster Linie dem praktischen Arzt als Orientierung dienen auf einem wenig betretenen, aber keineswegs unwichtigen Gebiete der Therapie.

Der moderne orthopädische Apparat ist wesentlich vollkommener geworden, vor allem hinsichtlich seines fixierenden Teiles, d. h. derjenigen Vorrichtungen, welche ihn an einem Körperabschnitt befestigen: Durch die Einführung des Modellhülsenapparats an Stelle des alten Gurtapparats wurde die Fixation in exakter Weise gewährleistet, wurden aber gleichzeitig die schädigenden Nebenwirkungen jedes orthopädischen Apparats auf Blutumlauf und Muskulatur verringert.

Das Verdienst der Ausbildung des Schienenhülsenapparats gebührt unstreitig Hessing, jedoch ist die Konstruktion solcher Apparate weder Monopol noch Geheimnis dieses Mechanikers, so rücksichtslos er dies auch behauptet. Jede orthopädische Anstalt muß heute imstande sein, tadellose derartige Apparate zu bauen. Wir Aerzte haben umsomehr Grund, gegen ein solches Gebaren Hessings, Paschens und anderer Bandagisten ebenso energisch Front zu machen, wie gegen jeden anderen Kurpfuscher, als unsere ärztlichen Leistungen von jener

Seite äußerst gering bewertet werden. Sehr zu bedauern ist es, daß selbst medizinische Größen ihre Patienten diesem „Laienpraktiker“ bedingungslos in die Hände gegeben haben.

Obwohl die Apparattechnik nach dem Gesagten wesentliche Verbesserungen erfahren hat, so muß doch konstatiert werden, daß wir heute dem portativen Apparat weit weniger Heilwirkung zutrauen und anvertrauen als früher, insoweit es sich um die Korrektur einer Deformität handelt. Wir erblicken jetzt die wesentliche Aufgabe des Apparats in der Erhaltung der auf anderem Wege erzielten Stellungsverbesserung, in der Fixation von Körperabschnitten und in der Entlastung solcher, wobei namentlich Wirbelsäule und untere Extremität in Betracht kommen.

Die Einschränkung hinsichtlich Bewertung und Verwendung des orthopädischen Apparats ist eine erfreuliche Tatsache. Denn jeder, auch der bestgebaute Apparat stellt eine Last für den Träger dar und darum zugleich eine Belästigung, die nicht nur Aerger und Kosten, sondern stets die oben genannten schädlichen Nebenwirkungen im Gefolge hat.

Was die Apparattherapie an Gebiet eingebüßt hat, ist der blutigen und unblutigen chirurgischen Orthopädie zugute gekommen. Ihre Erfolge sind rasche, das Heilverfahren ist darum weniger störend und auch billiger. Zugegeben muß freilich werden, daß dasselbe nicht ebenso absolut ungefährlich ist wie die Apparatbehandlung. Außer der Gefahr der Narkose kommt die Möglichkeit einer Wundinfektion bei blutigen Eingriffen, diejenige einer Fettembolie und einer Gangrän bei unblutigen Manipulationen, beim forcierten, beim modellierenden Redressement in Betracht. Stellen die genannten unglücklichen Vorkommnisse wirklich Seltenheiten dar, so verdanken wir anderseits dem aseptischen Verfahren die Möglichkeit, segensreiche Operationen an Gelenken und Sehnen auszuführen, ohne dem ersten Gebot des „Nil nocere“ entgegenzuhandeln, das dem Orthopäden besonders heilig sein muß, weil nur ausnahmsweise ein das Leben bedrohendes Leiden ihn zum Messer greifen läßt.

Das geringe Risiko aber wird wohl so ziemlich jeder Patient gerne in Kauf nehmen, wenn ihm dafür ein Erfolg winkt, den er früher nicht hoffen oder ahnen konnte.

Wir wollen nun, ohne irgend welchen Anspruch auf Erschöpfung des Themas zu machen, einige Kapitel der speziellen Orthopädie herausgreifen, welche für den praktischen Arzt am meisten Interesse bieten, und unsere Stellungnahme hinsichtlich mechanischer und chirurgischer Therapie skizzieren und begründen.

Wir beginnen mit den Verkrümmungen der Wirbelsäule, u. zw. zunächst mit der seitlichen Verbiegung, der Skoliose. Kann und darf dieses Leiden mit dem Geradhalter, mit dem orthopädischen Stützkorsett behandelt werden? Wir befinden uns sofort mitten auf einem Kampfplatz und unter teilweise höchst erbitterten Streitern. Haben doch die Gegner des orthopädischen Stützkorsetts als Bundesgenossen die Kleidungsreformler, insbesondere die Widersacher des Frauenkorsetts zur Seite — meines Erachtens sehr zu Unrecht! Was dem gesunden Rücken schädlich sein mag, kann sehr wohl der kranken, der deformierten Wirbelsäule sich als nütztlich und nötig erweisen. Freilich, eine Skoliose mit einem orthopädischen Korsett oder Panzer heilen zu wollen, wäre ein vergebliches Bemühen. Höchstens können wir mit solchem Mittel der Verschlimmerung des Leidens entgegenarbeiten. Nicht der Bandagenwerkstätte also müssen wir den skoliotischen Patienten zuführen, sondern der orthopädischen Anstalt, welche durch gymnastische Behandlung im Turnsaal auf die Mobilisierung der in seitlicher Biegung versteiften Wirbelsäule hinarbeitet.

Möchte recht bald die Zeit kommen, wo jede beginnende Skoliose vom Haus- oder Schularzt frühzeitig erkannt und wo auch der Unbemittelte in öffentlichen orthopädischen Anstalten der Heilung teilhaftig wird.

Ist die Mobilisierung der Wirbelsäule

erreicht, dann gilt es, das Resultat festzuhalten: Hiezu reicht häufig die, wenngleich gekräftigte Rückenmuskulatur nicht aus, wir m ü s s e n zum Stützkorsett greifen, wenn wir nicht die Frucht unserer Arbeit einbüßen wollen. Wir müssen — sage ich, denn es darf nicht verkannt werden, daß dieser Apparat die oben genannten schädlichen Nebenwirkungen hat, wie jeder orthopädische Apparat, die mit in Kauf zu nehmen wir leider nicht vermeiden können.

Nicht eine Umgehung der gymnastischen Behandlung, sondern ihre Vervollständigung und die vermehrte Ausnützung ihres Resultats bezweckt die Anlegung eines redressierenden Gipsverbandes in starker Extensionsstellung des Rumpfes. Ich verwende dieses Verfahren in schwereren Fällen, falls ausgiebige Mobilisierung gelungen ist, und unter sorgsamer Auswahl und Kontrolle, und erblicke in demselben einen Fortschritt, den ich aber nicht allzu optimistisch beurteile.

Um mit diesen Gipsverbänden entsprechende Erfolge zu erzielen, bedarf es vieler Geduld von Seiten der Patienten, technischer Fertigkeit und Uebung von Seiten des Arztes. Anderenfalls kann der Schaden größer sein als der Nutzen.

Eines der düstersten Kapitel in der Orthopädie ist die Behandlung der S p o n d y l i t i s t u b e r c u l o s a, deren Prognose wohl noch schlechter ist als es die ungünstigste Statistik vermuten läßt. Darum bedeutet verspätete Erkennung des Leidens einen schweren Vorwurf für den Arzt, frühe und energische Behandlung eine dringliche Pflicht. Für die Therapie darf zunächst ein portativer Stützapparat nicht in Frage kommen. Auch der operativen Behandlung sind sowohl wegen der Gefahr des Eingriffes, als wegen der schwer zugänglichen Lage des Krankheitsherdes im Wirbelkörper enge Grenzen gesteckt. Abgesehen von den Senkungsabszessen, kann nur die einer mechanischen Extensionsbehandlung trotzende spondylitische Lähmung Gegenstand einer Operation werden, der Laminektomie. Die Resektion einiger Wirbelbögen kann durch Druckentlastung günstig auf das Rückenmark wirken, setzt dasselbe allerdings gleichzeitig der Gefahr einer Meningitis aus. Fixation und Entlastung der entzündeten Wirbel, die wichtigste und erste Aufgabe unserer Therapie, wird am besten im Reklinationsgipsbett durchgeführt, falls wir nicht dem unabnehmbaren Gipsverband den Vorzug geben. Neben unbestreitbaren Vorzügen hat der letztere auch Nachteile, da er die Respiration hemmt und die Hautpflege erschwert, zwei Momente, die gerade bei tuberkulösen Individuen schwer in die Wagschale fallen. C à l o t hat bekanntlich mit dem Rumpfkopf-Gipsverband die gewaltsam gerade gerichtete Wirbelsäule fixieren und so den Gibbus dauernd zum Verschwinden bringen wollen — wir begnügen uns mit der paragibbären Umkrümmung der dem Gibbus benachbarten Wirbelsäulensegmente und erzielen so ohne Gefahr erfreuliche kosmetische Erfolge. Erst wenn die Entzündung völlig geschwunden ist, wird Gipsbett oder Gipsverband durch ein exakt sitzendes Stützkorsett ersetzt, das eventuell mit einer Kopfextension versehen ist.

Wir wenden uns zur Behandlung der t u b e r k u l ö s e n K o x i t i s u n d G o n i t i s und betreten hiemit ein nach beiden Seiten schwer zu begrenzendes Grenzgebiet zwischen Chirurgie und Orthopädie. Hier gerade ist die Forderung gewiß begründet, daß der Orthopäde aus der chirurgischen Schule hervorgehen muß, um der Behandlung dieser schweren Leiden in jedem Stadium gerecht werden zu können. Hier finden wir auch einen Tummelplatz für Enthusiasten und Optimisten aus beiden Lagern.

Es ist schwierig, die Therapie der Entzündung des Hüft- und Kniegelenks gemeinsam zu besprechen, weil Verlauf und Folgen der Krankheit recht verschieden zu beurteilen sind, insbesondere aber, weil die Gefahren der operativen Therapie und ihre Aussichten auf Radikalheilung am Hüftgelenk ganz anders einzuschätzen sind als am Kniegelenk. Es besteht kein Zweifel, daß an beiden Gelenken das Initialstadium eine sorgfältige k o n s e r v a t i v e Behandlung erfordert, welche wir zunächst lieber im fixierenden und entlastenden Gehgipsverband als im ortho-

pädischen Apparat durchführen. Trotz aller Bemühungen kann aber der Prozeß fortschreiten, kann Fieber und Abszeßbildung eintreten und eine weitere Fortsetzung der konservativen Therapie unmöglich, ein eigensinniges Beharren auf vorgefaßten Ansichten zum nicht zu verantwortenden Kunstfehler machen. Leichter entschließt man sich gewiß am Kniegelenk zur Operation, die meines Erachtens am besten in einer natürlich möglichst schonenden Resektion besteht. Dieselbe ist wenig gefährlich und bietet die Aussicht auf eine radikale Entfernung aller erkrankten Gewebe, also auf glatte Ausheilung. Aber auch am Hüftgelenk ist allzu ängstliches Zaudern gegenüber dem progredienten Leiden vom Uebel, weil wir bei solchem Verhalten nur sehr herabgekommene Individuen der Operation zuführen.

In der Periode der Nachbehandlung leistet der Schienenhülsenapparat die besten Dienste, da er das in Ausheilung begriffene Gelenk nicht nur vor Insulten schützt, sondern auch den Eintritt fehlerhafter Gelenkstellungen verhütet.

Sind solche Folgezustände der Gelenkentzündung, K o n t r a k t u r e n oder A n k y l o s e n älteren Datums, in funktionell ungünstiger Position Gegenstand unserer Therapie, dann ist meines Erachtens auch der beste, d. h. kompliziertestе Apparat durchaus nicht unsere beste Waffe.

Rasch und sicher vielmehr führt uns die chirurgische Therapie zum Ziel, die häufig, aber natürlich nicht ausnahmslos, am Hüftgelenk in der subtrochanten Osteotomie, am Kniegelenk in möglichst sparsamer Resektion besteht. Die letztere insbesondere vermeidet nicht nur die Gefahren des unblutigen Redressements, sondern ermöglicht zugleich die Elimination von tuberkulösen Herden, die, vorläufig eingekapselt, jederzeit den Träger mit Rezidiv bedrohen.

Auch hinsichtlich der Therapie der a n g e b o r e n e n H ü f t v e r r e n k u n g haben wir die größten Schwankungen und Schwenkungen nicht nur der Anhänger der blutigen und der unblutigen Methoden, sondern sogar eines und desselben Orthopäden erlebt, auch hier dem an sich ja erfreulichen Optimismus berechtigte Zweifel nüchterner Kritik entgegentreten sehen.

Daß eine jahrelang bestehende Hüftluxation durch einen orthopädischen Apparat eingerenkt oder überhaupt einer Stellungsänderung unterzogen werden könne, eine solche Behauptung muß schroff zurückgewiesen werden, ob sie nun vom Kurpfuscher oder vom Arzt herrührt. Mit derlei Versuchen kostbare Zeit versäumen, heißt, dem Patienten nicht wieder gutzumachenden Schaden zufügen. Wer je ältere Luxationen blutig zu reponieren unternommen hat, kennt die Schwierigkeiten zur Genüge, welche einem irgendwie eingeleiteten Einrenkungsmanöver sich entgegenstellen können. Daß die blutige Operation diese Hindernisse am leichtesten nimmt, ist einleuchtend, aber auch am sichersten? Leider nein! Ohne von der Gefahr dieses Eingriffes reden zu wollen, Ankylosen und Kontrakturen sind zahlreich genug als schmerzliche Folgen zustande gekommen, um die Freude an manchem guten Erfolg gründlich zu verderben.

Darum bedeutete die Einführung der unblutigen Reposition eine Erlösung, wenngleich auch ihre Resultate bis auf den heutigen Tag von mancher Seite viel zu optimistisch bewertet werden. Die trotz solcherart gefärbter Statistiken unzweifelhafte Tatsache, daß wir sehr häufig nur eine Transposition des verrenkten Kopfes nach vorne erreichen können, braucht uns keineswegs zu entmutigen. Der Befund des Röntgen-Bildes ist dem Patienten höchst gleichgiltig, wenn nur die Funktion seines Beines sich gebessert hat. Und eine solche Besserung, die oft einer Heilung sehr nahe kommt, können wir glücklicherweise fast ausnahmslos erzielen.

Wir greifen aus den Deformitäten des Fußes den a n g e b o r n e n K l u m p f u ß, den e r w o r b e n e n P l a t t f u ß heraus.

Wer an Hunderten und Hunderten von K l u m p f ü ß e n seine Kräfte geübt hat, darf wohl lächeln über

das Vertrauen, welches nicht weit zurückliegende Zeiten in die Konstruktion von Klumpfußmaschinenstiefeln gesetzt haben. Schrauben, Federn und Züge, sie vermögen nicht den Widerstand geschrumpfter Weichteile zu überwinden und die verschiedenen Komponenten des Klumpfußes, die Adduktion und Supination, den Equinismus und die plantare Exkavation ernstlich zu beeinflussen. Geschickter als jeder Apparat ist hier die Hand, die im modellierenden Redressement den Sieg auch über die starre Deformität erringt. Manchmal freilich läßt sich ein blutiger Eingriff nicht umgehen, um diesen Sieg zu einem vollständigen und definitiven zu machen. Jedenfalls erscheint es mir nicht richtig, lieber am Prinzip des unblutigen Redressements streng festzuhalten und damit schweren Fällen die Heilung zu versagen als das in jedem Falle mögliche Resultat plantigrader Fußstellung herbeizuführen auf blutigem oder unblutigem Wege, je nach den vorliegenden Verhältnissen.

Ganz anders beim statischen Plattfuß. Hier vermag der Apparat und sogar der einfachste Apparat fast alles. Die richtig geformte und dem Einzelfalle besonders angepaßte Einlage tut wirklich Wunder: die so verschieden lokalisierten Schmerzen, die zu Beginn und während der Entwicklung des Plattfußes den Patienten quälen und leistungsunfähig machen können, schwinden nicht selten in dem Augenblicke, in welchem die Fußwölbung durch diese Einlage die richtige flächenhafte Stützung erhält. Ein Massenartikel und Fabrikswaare kann die Plattfußeinlage niemals werden, sie muß jeweils nach dem Prinzip des Modellapparats hergestellt werden, und zwar aus plastischem und doch formbeständigem Stoff. Wir verwenden, wenn möglich, Plattenzelluloid in besonders für uns von der Fabrik hergestellter Qualität und halten dasselbe allen anderen Materialien für überlegen.

Nur der alte, spastisch oder gar knöchern fixierte Plattfuß ist gegenüber der Einlage rebellisch, der letzteren muß erst durch das forcierte Redressement der Boden vorbereitet werden.

Eines der ältesten Gebiete orthopädischer Tätigkeit ist gewiß in den Folgezuständen der spinalen Kinderlähmung zu erblicken. Und doch ist hier die Therapie erst in der jüngsten Zeit einer wirklich erfreulichen Entwicklung zugänglich geworden, in deren Dienst sich unsere Klinik in erster Linie zu stellen bemüht hat.

Die Feststellung schlotternder Gelenke bei totaler Lähmung, die Regulierung und Hemmung von Gelenkbewegungen bei partieller Lähmung — diese Aufgaben sind durch den modernen orthopädischen Apparat in sehr viel vollkommenerer Weise lösbar geworden, als dies früher möglich war.

Allein auch der vollendetste Apparat wird von dem Träger als Belastung der ja an sich schon geschwächten Extremität doppelt schwer empfinden, die eben mit Geduld hingenommen werden muß, wenn nur auf diese Weise funktionelle Besserung zu erreichen ist. Glücklicherweise stehen uns heute operative Methoden zu Gebote, welche sehr häufig den Apparat entbehrlich machen oder wenigstens seine Größe und damit sein Gewicht zu verringern gestatten. Die Fixierung eines Schlottergelenkes läßt sich durch die Arthrodese erzielen, die freilich die definitive Zerstörung eines an sich gesunden Gelenkes, die Erzeugung eines pathologischen Zustandes, der Ankylose, bedeutet. Ehe wir zu dieser Operation schreiten, gilt es also abzuwägen, ob der zu erwartende Nutzen den zerstörenden Eingriff rechtfertigt. Aus Scheu vor letzterem wurde neuerdings eine Operation versucht, welche das schlotternde Gelenk selbst verschont und nur dadurch feststellt, daß die zugehörigen Sehnen in zuverlässiger Weise verkürzt und in Anspannung versetzt werden — Tenodese. Meine eigenen Erfahrungen mit dieser Methode sind bisher recht ermutigend ausgefallen.

Vor allem aber brachte einen Umschwung in der Lähmungstherapie die Einführung und Ausbildung der Sehnenüberpflanzung hervor, welche das höchste Ziel erstrebt und unter günstigen Umständen erreicht: die Be-

seitigung des Funktionsverlustes durch natürliche Mittel, durch totale oder partielle Heranziehung gesunder Nachbarmuskeln, welche durch feste Naht in organische Verbindung mit der gelähmten Sehne gebracht werden. Erst am Unterschenkel angewendet, erwies sich die Methode auch brauchbar für Lähmung am Oberschenkel und Vorderarm.

Hundertfache eigene Erfahrung und jahrelange Beobachtung Operierter haben mich von dem dauernden Wert dieser ebenso interessanten als segensreichen Operation überzeugt und meine aus dieser Ueberzeugung geborenen und immer wiederholten Empfehlungen derselben veranlaßt.

Freilich gilt es auch vor der Ausführung der Sehnentransplantation zu wägen, dann erst zu wagen. Einseitige Ueberschätzung des Verfahrens und seiner Leistungsfähigkeit muß zu falscher Indikationsstellung und zu Mißerfolgen führen; nur die auf Uebung und Erfahrung gegründete richtige Auswahl der Fälle sichert vor Enttäuschung.

Nicht eine einzelne der beschriebenen Methoden kann jedesmal das beste Resultat zeitigen, ihre Kombination vielmehr — die Arthro- oder Tenodese des einen Gelenks, die Ueberpflanzung vielleicht im Bereich des anderen und daneben die möglichst beschränkte Verwendung eines portativen Apparats — eine solche Kombination ist es, die uns auch angesichts der schwersten Fälle von Kinderlähmung aus der pessimistischen Untätigkeit herauszutreten und die uns zu behaupten erlaubt, daß es heutzutage nur wenige solche Unglückliche gibt, denen wir keinerlei Hilfe angedeihen lassen können.

Was aber auf diesem Gebiete gilt, gilt überall in der orthopädischen Therapie: Nicht Apparat oder Operation darf unsere Losung sein. Die Beherrschung beider Methoden und ihre Verwertung am richtigen Ort, in richtiger Auswahl und in richtiger Kombinaton bedingt den Fortschritt der modernen orthopädischen Therapie, die nicht nur eine Verbesserung der Erfolge auf dem ursprünglichen Arbeitsgebiete, sondern auch eine ansehnliche Erweiterung des letzteren bedeutet.

Die Magenatonie und ihre Behandlung.

Von Dr. **Martin Kaufmann**, Spezialarzt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten in Mannheim.

(Schluß.)

III. Differentialdiagnose.

Nach den Ausführungen des vorigen Kapitels ist es nicht schwer, meist sogar recht leicht, festzustellen, daß eine Atonie des Magens vorliegt; die Ergebnisse der Palpation drängen uns — richtige Versuchsbedingungen vorausgesetzt — die Diagnose geradezu auf. Weit höhere Anforderungen an unser ärztliches Können stellt die Beantwortung der Frage, ob eben nur eine Atonie vorliegt; die Beantwortung dieser Frage ist auch umständlicher, weil wir dabei der Einführung des Magenschlauches nicht entraten können; ohne denselben können wir Komplikationen nie sicher ausschließen. Es handelt sich also bei der Differentialdiagnose nicht darum, festzustellen, ob Atonie oder andere Erkrankung, sondern ob Atonie allein oder Atonie mit Komplikationen, sei es nun solchen, die mit der Atonie in Zusammenhang stehen, oder solchen rein zufälliger Natur, vorliegt. Bei der sehr großen Häufigkeit der Atonie sind solche zufällige Komplikationen natürlich keine Seltenheit.

Einem weitverbreiteten Irrtum oder vielleicht nur falschen Sprachgebrauch möchte ich hier entgegentreten. Nicht selten sehe ich atonische Patienten, denen von dem vorbehandelnden Kollegen auf Grund des Magenplätscherns gesagt worden ist, sie litten an Magenerweiterung. Das Wort Magenerweiterung sollte am besten ganz aus der Nomenklatur der Magenpathologie gestrichen werden; denn



es kommt durchaus nicht auf die Größe, sondern lediglich auf die funktionelle Leistung des Magens an, wenn auch zuzugeben ist, daß bei schwerer motorischer Insuffizienz der Magen meist erweitert ist. Von der schweren motorischen Insuffizienz nun unterscheidet sich die Atonie ungefähr ebenso wie eine leichte Laryngitis von einer schweren Larynxtuberkulose. Das einzig Gemeinsame beider Affektionen ist das Plätschern, sonst nichts. In zweifelhaften Fällen schließen wir eine schwere motorische Insuffizienz einfach dadurch aus, daß wir morgens nüchtern den Magen aushebern; ist der Magen völlig frei von Speiseresten, so ist motorische Insuffizienz II. Grades — also die sogenannte Magenerweiterung — ausgeschlossen. Um den Versuch noch reiner zu gestalten, kann man abends vorher eventuell Speisen einnehmen lassen, die den Magen besonders schwer verlassen, so nach Strauß Korinthen. Andere feinere diagnostische Hilfsmittel, wie etwa die Strauß'sche Gärungsprobe sind für den Praktiker zu kompliziert. Selbstverständlich ist die Differentialdiagnose zwischen Atonie und schwerer motorischer Insuffizienz in jedem Falle unbedingt zu stellen, weshalb eben in jedem Falle von Atonie die Anwendung des Magenschlauchs nötig ist. Nicht besonders wichtig dagegen ist es, festzustellen — Anhaltspunkte dafür sind im vorigen Kapitel niedergelegt — ob wir es mit einer reinen Atonie — lediglich Störung der Peristole — oder einer leichten motorischen Insuffizienz — auch Störung der Peristaltik — zu tun haben; die Prognose und Therapie ist für beide Zustände die gleiche.

Ueber die Differentialdiagnose zwischen Hypersekretion und Atonie wurde weiter oben ausführlich gesprochen; hier sei noch darauf hingewiesen, daß Hypersekretionsmagensäfte häufig einen von dem Gelbgrün der Gallenbeimischung deutlich sich unterscheidenden blaugrünen Farbenton haben.

Die Komplikation der Atonie mit einfacher Hyperazidität ist durch Ausheberung eines Probefrühstücks leicht festzustellen, übrigens relativ wenig wichtig, da wir, wie schon erwähnt, bei Atonie eine ähnlich strenge Schonungstherapie einleiten, wie bei Hyperazidität. Wichtiger ist es, durch Magenausheberung festzustellen, ob ein wesentlicher Grad von Magenkatarrh besteht, sich kennzeichnend durch starke Schleimbeimengung und meist starke Verminderung der Salzsäuresekretion.

Weit mehr Schwierigkeiten macht die Unterscheidung der reinen Atonie gegenüber einem komplizierenden Ulkus oder Karzinom. Wie aus der Schilderung der subjektiven Symptome hervorgeht, wird man bei Atonikern meist eine andere Anamnese erhalten, wie bei Ulkuskranken, deren typische Beschwerden ja allgemein bekannt sind; aber die Unterschiede sind doch nicht durchgreifend, und wenn nicht eine Hämatemesis das Bild erhellt, wird man recht oft im Zweifel sein. Daß stärkere Hyperazidität, bestehende hochgradige Chlorose eher für Ulkus sprechen, brauche ich hier nur anzudeuten. Während sonst meist geraten wird, im Zweifelfalle eine Ulkuskur einzuleiten, mache ich es in zweifelhaften Fällen umgekehrt; ich gebe den Patienten Verordnungen, als ob es sich um eine reine Atonie handle — und diese Verordnungen kommen ja doch meist auf eine laxere Ulkuskur hinaus und schaden daher sicher nichts — und erst, wenn diese Verordnungen binnen einiger Wochen keine ganz wesentliche Besserung erzielt haben, schreite ich zu der strengen und für den Patienten weit belästigenderen Ulkuskur.

Noch weniger kann ich hier über die Differentialdiagnose zwischen reiner Atonie und der Komplikation mit Karzinom sagen. Besteht überhaupt Verdacht auf Karzinom, so sind eben für die Diagnose Karzinom alle diejenigen Anhaltspunkte und Untersuchungsmethoden maßgebend, die auch sonst zur sicheren oder wahrscheinlichen Diagnose Karzinom leiten. — Nur möchte ich hier auf eine Methode hinweisen, die im Zweifelfall die Diagnose Ulkus, beziehungsweise Karzinom, stützen kann, ich meine den Nachweis kleinster Blutspuren im Kot, eine Methode, über die sich in den letzten Jahren schon eine ganze Literatur angesammelt hat. Sie ist auch vom Praktiker

ohne besondere Hilfsmittel mit wenigen Reagentien auszuführen; auf gewisse Feinheiten, die besondere Instrumente erfordern, wird er zweckmäßig verzichten. Man rührt etwa einen Fingerhut voll Kot mit einigen Kubikzentimetern Wasser an, fügt im Reagensglas einige Kubikzentimeter Eisessig zu und schüttelt unter Stöpselverschluß tüchtig durch. Dann fügt man einige Kubikzentimeter Aether hinzu und zieht wieder unter Stöpselverschluß durch vorsichtiges Umdrehen damit aus. Mit dem abgegossenen Aether stellt man die gewöhnliche Alménsche Guajac-Terpentinprobe an; bei Gegenwart von Blut entsteht eine stahlblaue Färbung. Zweckmäßig läßt man den Patienten 2—3 Tage lang fleischlose Diät einhalten, ehe man die Kotuntersuchung vornimmt.

Noch ein Wort zur Differentialdiagnose zwischen Atonie und nervöser Dyspepsie. Ganz gewiß ist ein großer Teil dessen, was unter dem Namen nervöse Dyspepsie geht, der Atonie zuzurechnen, zumal ja, wie früher auseinandergesetzt, die Neurasthenie eine Teilerscheinung der Asthenia universalis congenita ist. Aber wie es sichere neurasthenische und hysterische Magenbeschwerden gibt, die ohne Atonie des Magens in Erscheinung treten, so gibt es zweifellos auch Atonien, die in mehr als gewöhnlichem Grade durch Neurasthenie kompliziert sind. Daß diese quoad sanitatem eine schlechtere Prognose geben, als die gewöhnlichen Atonien, versteht sich von selbst.

IV. Prognose und Therapie.

Haben wir einmal die Diagnose auf Magenatonie gestellt, so müssen wir uns von vornherein mit dem Gedanken abfinden, daß es uns nur in den seltensten Fällen gelingen wird, eine Beseitigung der Atonie im Sinne einer wirklichen Heilung herbeizuführen. Sobald wir annehmen, daß die Atonia ventriculi eine in der Konstitution begründete Erkrankung ist, müssen wir eine Heilung im anatomischen Sinne für so gut wie ausgeschlossen halten. Anderseits aber zeigt uns der Umstand, daß wir zweifellos eine große Anzahl Atonien finden, die ihrem Träger keine oder nur ganz geringe Beschwerden machen, das Ziel, das wir anzustreben haben — die Herbeiführung des Latenzstadiums. Und dieses Ziel können wir in weitaus der Mehrzahl der Fälle erreichen, bei dem einen leicht und dauernd, bei dem andern nur schwer und für kurze Zeit; in wenigen Fällen versagt jede Therapie, besonders wenn Hysterie oder Neurasthenie höheren Grades das Bild komplizieren. Die Prognose quoad vitam ist natürlich stets günstig.

Als wesentlich erschwerendes Moment kommt bei der Behandlung der Magenatonie in Betracht, daß wir es nur relativ selten mit einer reinen Atonie zu tun haben. Besonders bei der Frage der diätetischen Behandlung befinden wir uns oft in einer recht unangenehmen Lage. Es ist klar, daß eine Magenatonie mit Hyperchlorhydrie einer anderen Ernährung bedarf, als eine solche mit Achlorhydrie, daß die Atonie des Magens eines enteroptotischen Individuums anders behandelt sein will, als die eines wohlgenährten Mannes. Und gelegentlich, und das gar nicht so selten, kommt es vor, daß die Komplikation in manchen Punkten der entgegengesetzten Behandlung bedarf als die Atonie selbst; als Beispiel diene die so sehr häufige Komplikation der Atonie des Magens mit der des Darmes, wobei die aus der Darmträgheit resultierende hartnäckige Obstipation gerade eine belastende Diät erfordert, während wir eine solche bei der Magenatonie für kontraindiziert ansehen müssen. Es heißt da also nicht schematisch vorgehen, sondern alle einzelnen Momente gewissenhaft abwägen.

Die in Betracht kommenden Heilfaktoren sind folgende:

1. die psychische Behandlung,
2. die diätetische Behandlung,
3. die Behandlung mit Medikamenten,
4. die Behandlung mit physikalischen Methoden.

An Wichtigkeit treten die beiden letzten weit hinter den beiden ersten zurück; ich werde dieselben daher nur ganz kurz anhangsweise besprechen und die beiden ersten möglichst ausführlich abhandeln.



1. Die psychische Behandlung.

Ich hatte schon weiter oben Gelegenheit, den Einfluß der nervösen Depression auf die Magenatonie darzulegen, und brauche hier nicht weiter auseinander zu setzen, welch unheilvoller Circulus vitiosus aus den Beziehungen zwischen psychischer Depression und schlechtem Magen entsteht. Und fast jeder Atoniker, der frisch in Behandlung kommt, ist psychisch mehr oder minder hochgradig depriniert. Man versetze sich nur in die Lage derartiger Patienten! Sie hatten ja schon immer einen schwachen Magen und konnten stets nicht alles essen; aber seit 3, 6 Monaten will es gar nicht mehr gehen. Der lästige Druck nach jeder Mahlzeit, das ewige Aufstoßen und Sodbrennen läßt sie gar nicht mehr zur Ruhe kommen. Jetzt haben sie sich doch seit Monaten so sehr gehalten, haben fast nur Flüssiges, jedenfalls nur leichte Speisen zu sich genommen, fette und saure Sachen grundsätzlich gemieden, aber es will durchaus nicht besser werden! Und alle Leute sagen, wie schlecht man aussieht! Da ist es ja gar nicht anders möglich, als daß ein ernstes Magenleiden, ein Geschwür oder gar ein Krebs dahinter steckt. Und der Patient grübelt und grübelt, und beschäftigt sich immer mehr und immer intensiver mit seinem Leiden, und empfindet es immer unerträglicher und qualvoller. Hier nun hat die psychische Behandlung einzusetzen, mit eindringlichstem Zuspruch. Nachdem die gewissenhafte Untersuchung des ganzen Körpers, die Ausheberung der Magens, die Urinuntersuchung die Gewißheit gegeben haben (soweit man bei unseren Diagnosen überhaupt von Gewißheit reden kann), daß lediglich eine Atonie, kein schwerer Katarrh, kein Ulkus, kein Karzinom, keine schwere Insuffizienz vorliegt, mache man dem Patienten sofort die beruhigende Mitteilung; die im Brustton der Ueberzeugung kundgegebene Ansicht, daß nichts weiter vorliegt, als ein schlaffer Magen, daß das Leiden zwar ein recht unangenehmes und manchmal hartnäckiges ist, daß es aber nie in irgend einer Weise das Leben gefährdet, daß eine weitgehende Besserung mit der allergrößten Wahrscheinlichkeit eintreten wird, daß eine völlige Heilung zwar nicht sehr wahrscheinlich ist, die von Zeit zu Zeit wieder auftretenden Beschwerden aber von keiner besonderen Wichtigkeit sind — wenn man dies alles dem Patienten recht eindringlich auseinandersetzt (etwas Zeit gehört allerdings dazu!), so wird man durch die rasche Besserung bald sein Bemühen belohnt sehen. Ich glaube, daß diese psychische Beeinflussung fast noch wichtiger ist als die diätetische Behandlung. Ich schließe dies aus folgendem: Die Patienten haben, wenn sie zu uns kommen, meist schon eine recht strenge Diät eingehalten, die an sich gewiß nicht ungeeignet wäre, die Beschwerden wenigstens wesentlich zu lindern. Die Veränderungen, die wir an der Diät vornehmen, sind nicht so prinzipiell, daß sie an sich eine rasche Besserung bewirken müßten. Und doch sehe ich fast regelmäßig schon nach 8 Tagen, wenn sich die Patienten wieder zeigen, eine derart weitgehende Besserung, daß sie kaum anders als durch Hebung der Psyche erklärt werden kann.

Abgesehen von diesem ärztlichen Zuspruch möchte ich noch auf eine Reihe von Faktoren hinweisen, welche ebenfalls von nicht geringem Einflusse auf die Psyche der Patienten sind. Ich habe vorhin erwähnt, daß die Patienten meist schon, bevor sie in unsere Behandlung kommen, eine sehr strenge Diät eingehalten haben. Ich möchte dies jetzt dahin erweitern, daß sie meist sogar zu strenge gelebt haben. Speziell haben sie, von dem landläufigen Glauben ausgehend, Fett sei „schwer“, sich eine möglichst fettarme Diät zugeführt. Die Verordnungen nun, die wir geben, sind meist derart, daß sie die bis jetzt eingehaltene strenge Diät nicht unwesentlich laxer gestalten. Es macht nun auf die Patienten einen sehr guten Eindruck, wenn sie sehen, daß sie Dinge, die sie bis jetzt strenge gemieden haben, zum mindesten ohne mehr Beschwerden ertragen, als sie bisher hatten, ja sogar meist sich dabei wohler fühlen. Das Bewußtsein, daß ihr Magen mehr erträgt als sie geglaubt, hebt ihre Psyche ungemein, und dies hinwiederum wirkt auf ihre Toleranz günstig ein.

Ganz das gleiche gilt von der Betonung regelmäßiger Bestimmungen des Körpergewichts. Fast ausnahmslos sind die Atoniker, die in unsere Behandlung kommen, beträchtlich abgemagert; die strenge Diät, die sie eingehalten haben, besonders die Fettabstinenz, erklärt die Abmagerung zur Genüge. Fast ausnahmslos nun zeigt uns die wöchentliche Wägung eine Zunahme des Körpergewichts, und diese Feststellung dient mehr als alles andere dazu, den Patienten den Gedanken an ein bösartiges Leiden zu nehmen und sie mit froher Zuversicht zu erfüllen. Dabei möchte ich aber nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß Wägungen nur dann von Wert sind, wenn sie unter stets gleichen Bedingungen vorgenommen werden. Man schreibe daher vor, daß die Patienten sich morgens nüchtern, mit entleerter Blase, mit leeren Taschen, in stets gleicher Kleidung wiegen. Und man achte auch darauf, daß sie sich nicht öfter wiegen als vorgeschrieben, da das die Neurasthenie großzieht.

Das Kapitel der psychischen Behandlung möchte ich nicht abschließen, ohne noch eines Faktors zu gedenken, der, scheinbar unwesentlich, doch einen gewichtigen Beistand zur Erreichung des Erfolges darstellt. Man begnüge sich bei Atonikern nicht mit mündlichen Verordnungen, sondern schreibe dem Patienten alles auf; der Neurastheniker fühlt sich von vornherein viel hoffnungsfreudiger, wenn er die Gewißheit hat, nichts von dem, was der Arzt gesagt hat, zu vergessen. Aber auch hiezu gehört Zeit, und leider mehr Zeit, als dem vielbeschäftigten Praktiker meist zu Gebote steht.

2. *Die diätetische Behandlung.*

Während wir bei der psychischen Behandlung die Atoniker insgesamt ins Auge fassen konnten, da eben fast jeder Atoniker der beruhigenden Zusprache bedarf, verhält es sich, wie schon angedeutet, mit der diätetischen Behandlung ganz anders. Hier greifen die verschiedenen möglichen Komplikationen der Atonie (Veränderung des Chemismus, Verhalten des Stuhls etc.) erschwerend ein und lassen nicht zu, daß wir ein Schema für die Ernährung des Atonikers aufstellen. Um nicht zu sehr ins einzelne gehen zu müssen, werde ich bei meinen Ausführungen im wesentlichen mich an das gewöhnlichste Krankheitsbild — Atonie mit normaler Salzsäureproduktion oder leichter Hyperchlorhydrie, jedenfalls aber mit Hyperästhesie der Magenschleimhaut, dabei Obstipation — halten und auf Abweichungen nur gelegentlich eingehen; dabei will ich zunächst die allgemeinen Gesichtspunkte darlegen, die bei der Ernährung des Atonikers zu beachten sind, und im Anschluß daran die einzelnen Nahrungsmittelgruppen kurz besprechen.

Wie wir in einem früheren Kapitel klargelegt haben, wird der atonische Magen von den Ingesten abnorm stark gedehnt und treibt in den ausgeprägteren Fällen dieselben auch zu langsam in den Darm weiter. Es ist ohneweiters selbstverständlich, daß diese Verhältnisse stärker in Erscheinung treten werden, wenn wir eine große Mahlzeit verabreichen, als wenn wir dem atonischen Magen eine kleinere Portion zuführen. Die Konsequenz, die wir hieraus zu ziehen haben, ist also, den Atoniker stets nur kleine Mahlzeiten genießen zu lassen. Ich schreibe jedem Atoniker vor, nicht, wie Gesunde gewöhnlich zu tun pflegen, zwei- bis dreimal am Tage den Magen durch große Mahlzeiten stark zu füllen, sondern fünf- bis sechsmal am Tage kleine Mahlzeiten zu sich zu nehmen. Es gehört gewiß zur Befolgung dieser Maßregel Willensstärke, aber die Patienten bemerken sehr bald das Rationelle der Verordnung und gewöhnen sich daran.

Wenn wir immer nur wenig auf einmal verabfolgen, so werden wir anderseits darauf sehen müssen, daß das, was wir verabreichen, möglichst nahrhaft ist. Daraus folgt, daß wir auf die Zufuhr fester Speisen, die bei geringerem Volumen einen größeren Nährwert enthalten, mehr Gewicht legen müssen, als auf die von Flüssigkeiten. Die theoretische Frage, ob Flüssigkeiten oder feste Körper den Magen leichter verlassen, wird dadurch in keiner Weise berührt; mag es damit sein, wie es wolle, Tatsache ist, daß die Patienten, die bislang fast nur von flüssiger oder breiiger Kost gelebt haben, fast aus-

nahmslos den Uebergang zu konsistenterer Kost als Wohltat und als Vorteil empfinden. Man wird gut daran tun, den Patienten für die erlaubte Flüssigkeitsmenge eine bestimmte Zahl anzugeben, und zwar wird man hiefür je nach der Jahreszeit 3—5 Schoppen (halbe Liter) als das richtige Maß zu bezeichnen haben.

Weiter, der Atoniker, der ja meist schon lange, bevor er sich in Behandlung begibt, „diät" gelebt hat, befindet sich gewöhnlich in einem Zustand der Unterernährung; ich habe Fälle gesehen, deren Aussehen geradezu an das vorgeschrittener Karzinome erinnerte. Hier erwächst uns also die Aufgabe, den Ernährungszustand durch eine typische Fettmast zu bessern. Ganz besonders ist dies auch in jenen Fällen indiziert, wo eine mehr oder weniger beträchtliche Ptose in Erscheinung tritt. In diesen Fällen genügen wir durch die Vermehrung des Fettbestandes nicht nur der indicatio symptomatica, sondern wir erfüllen geradezu eine Kausalindikation, wenn wir durch eine energische Mastkur den Fettbestand des Bauchraums heben und so den gesunkenen Organen eine bessere Stütze verschaffen. Wir erreichen die Fettanreicherung am besten nach altbewährtem Rezept durch Zufuhr von recht viel Fett; eine Mästung durch Kohlehydrate empfiehlt sich schon deshalb nicht, weil zum gleichen Effekt das doppelte Gewicht erforderlich ist, ein Umstand, der uns mit unserer Pflicht, den Magen tunlichst zu schonen, in Konflikt bringen würde. Fast stets staunen die Patienten, wenn man ihnen anrät, reichlich gutes Fett zu nehmen, und sind doppelt erstaunt, wenn sie bemerken, daß sie sich trotz fettreicher Diät weit wohler fühlen als vorher. Hingewiesen sei hier noch darauf, daß reichliche Fettzufuhr auch schon wegen der bestehenden tatsächlichen oder wenigstens relativen Hyperchlorhydrie als rationelle Ernährungsweise indiziert ist.

Im Sinne dieser Hyperchlorhydrie, sei sie auch nur relativ, ebenso im Sinne einer etwa bestehenden Hypersekretion liegt es ferner, die Magenschleimhaut möglichst wenig zu reizen und daher alle Nahrungsmittel zu vermeiden, welche geeignet sind, einen Reiz auszuüben. Diese Reize können sehr verschiedener Art sein, thermisch, z. B. Gefrorenes, chemisch, z. B. stark gesalzene Speisen, mechanisch, z. B. grobes Brot, Sauerkraut, Hülsenfrüchte. Alle derartigen Speisen vermeiden wir also bei den diätetischen Vorschriften für den Atoniker am besten völlig, auch wenn sich keine stärkere Hyperchlorhydrie oder Hypersekretion nachweisen läßt.

Die typische Atonie des Magens geht, wie früher schon erörtert, meist mit einer solchen des Darms, also mit einer mehr oder weniger hochgradigen Obstipation, einher. Es erwächst uns daher die Verpflichtung, dieser Obstipation in unseren diätetischen Verordnungen weitgehendste Rechnung zu tragen, eine Aufgabe, die jedoch, wie bereits mehrfach hervorgehoben, durchaus keine leichte ist, weil wir diejenigen Nahrungsmittel, welche wir bei reiner Darmatonie mit Vorliebe verordnen, der bestehenden Magenatonie wegen nur mit Auswahl verordnen dürfen. Wir werden also von vornherein alle mechanisch reizenden Mittel vermeiden müssen: große Mengen groben Brotes, große Teller voll Gemüse sind beim Magenatoniker kontraindiziert; dagegen steht nichts im Wege, chemisch leicht reizende Mittel, wie Süßigkeiten, Milchzucker, mit Vorsicht auch Obst und Sauermilch zu verordnen. Möchte man auch diese Mittel vermeiden, oder genügen sie nicht, so wird man zweckmäßig die Obstipation durch Oel- oder Wassereinläufe bekämpfen.

Nach Darlegung der allgemeinen Grundsätze gehe ich nun dazu über, ganz kurz die einzelnen Nahrungsmittelgruppen in ihrer Bedeutung für den Tisch des Atonikers zu besprechen.

I. Fleischspeisen und Eier.

Grundsätzlich zu verbieten sind bei den typischen Formen der Atonie, der Neigung zur Hypersekretion wegen, lediglich alle scharfen und sauren Speisen: es ist also rätlich, Ragouts, scharfe Wurstarten, Pökelfleisch, Kaviar etc. fernzuhalten. Dem atonischen Magen werden wir ferner zweckmäßig jede Mehrarbeit ersparen; wir werden daher das Fleisch jedenfalls immer in recht weichem Zustand verab-

reichen und darauf aufmerksam machen, daß dasselbe gut gekaut wird. Ob wir nun Rind- oder Kalbfleisch, Hammelfleisch oder Schweinefleisch, Geflügel, Wild oder Fische auf den Tisch bringen, ist an sich nicht von wesentlichem Belang; ebenso wenig möchte ich einen Unterschied zwischen gekochtem und gebratenem Fleisch machen. In den ersten Tagen der Behandlung, wenigstens in den Fällen, wo eine recht unzweckmäßige Diät vorangegangen ist, mag man größere Vorsicht walten lassen und sich auf Hirn, Bries, weiches Kalbfleisch beschränken; sehr bald wird man jedoch die Ueberzeugung gewinnen, daß allzu große Vorsicht überflüssig ist. Die Menge des zu verabreichenden Fleisches, sowie die Verteilung auf die einzelnen Mahlzeiten kommt nur dann in Betracht, wenn starke Hyperazidität vorhanden ist; in diesem Falle wird man zweckmäßig nur zweimal täglich Fleisch geben und über 350 g Rohgewicht nicht hinausgehen.

Eier sind für den Atoniker ein sehr zweckmäßiges Nahrungsmittel, in jeder Form und Zubereitung. Rationell ist, sie als Setzeier oder als Rührеier zu geben, weil es bei dieser Zubereitungsweise möglich ist, in Form von Butter eine weit größere Menge Kalorien miteinzuführen.

II. Milch und Milchprodukte.

Die Milch ist uns ein nicht unwichtiges Hilfsmittel in der diätetischen Behandlung der Magenatonie; doch wird sie in ihrer Wichtigkeit vielfach sehr überschätzt. Man machte früher, man macht gar nicht selten jetzt noch, in der Absicht, Fettmast zu erzielen, bei Atonikern Milchkuren. Ein solches Verfahren ist als durchaus irrationell zu bezeichnen. Die Milch ist lange nicht so nahrhaft, als von vielen geglaubt wird: 1 l sehr gute Milch enthält erst zirka 600 Kalorien, also etwa den vierten Teil des Bedarfs eines mäßig arbeitenden Individuums von zirka 125 Pfund Gewicht. Zwei recht dick mit Butter bestrichene Brötchen, $^1/_3$ l Rahm haben ungefähr den gleichen Nährwert. Wenn wir also den oben aufgestellten Leitsatz befolgen, und den Atoniker nicht zuviel Flüssigkeit aufnehmen lassen wollen, so werden wir die Zufuhr größerer Mengen Milch nicht zugeben. Ich pflege sie nur als Verdünnungsmittel für Rahm zu verordnen, beziehungsweise, wo Rahm nicht zu beschaffen ist, auch für sich allein, aber nicht mehr als etwa 1 l täglich.

Ein desto rationelleres Nahrungsmittel stellt der süße Rahm dar. Derselbe enthält bis zu 20% Fett; ein Liter Rahm würde also rund 1900 Kalorien enthalten. Selbstverständlich ist diese Menge zu groß, um sie täglich zuführen zu können; doch wird man fast in jedem Fall dazu kommen, etwa 500 cm^3 täglich in den Speiseplan einzustellen. Es ist nicht jedermanns Sache, den Rahm als solchen oder auch nur mit Milch verdünnt, mit Kaffee oder Tee schmackhafter gemacht zu trinken; in solchen Fällen ist es dann Sache einer tüchtigen Küchenleitung, den Rahm in den übrigen Nahrungsmitteln unterzubringen. Einen großen Nachteil hat der Rahm: er läßt sich nicht sterilisieren, und ich habe in der Tat im Sommer schon recht unangenehme und hartnäckige Durchfälle nach Rahmzufuhr beobachtet; in der wohlhabenden Praxis kann man ihn dann eventuell in einer der sterilisiert in den Handel kommenden Modifikationen, z. B. als Rademanns Rahm verordnen; letzterer enthält sogar 30—33% Fett, gegenüber zirka 20% des gewöhnlichen Süßrahms.

Die Verabreichung von Sauermilch kommt bei dem Atoniker besonders wegen der häufig bestehenden Neigung zu Obstipation in Betracht; allerdings sei man bei Neigung zu Hyperazidität etwas vorsichtig; auch werden manche Patienten durch Sauermilch unangenehm stark gebläht. Dasselbe gilt von Kefyr und Kumys.

Dagegen ist die Butter als eines der wichtigsten Nahrungsmittel des Atonikers zu betrachten. Sie dient der Mästung, enthält dabei hohen Nährwert in geringem Volum, wirkt kalmierend auf die hyperästhetische oder wirklich hyperaziden Saft liefernde Magenschleimhaut und befördert den Stuhl. Man findet hie und da Menschen, die überhaupt keine Butter essen können; meist aber wird man es ohne besonders große Schwierigkeit dahin bringen, daß $^1/_4$ Pfund Butter täglich ver-

zehrt wird; gelegentlich kann man sogar bis zum Doppelten steigen. 1/4 Pfund gute Butter enthält zirka 1000 Kalorien.

Käse wird man — trotz hohen Nährwerts bei geringem Volumen — dem Atoniker für gewöhnlich vorenthalten müssen, da er meist scharf ist und daher die Magenschleimhaut reizt.

III. Brotarten.

Man wird bei der Atonie, speziell bei der mit Neigung zu Hyperchlorhydrie komplizierten Atonie, gröberes Brot zweckmäßig verbieten und nur Weißbrötchen und Zwieback gestatten, immer mit dem Hinweise darauf, das Brötchen als Vehikel einer großen Buttermenge zu betrachten. Ist jedoch stärkere Obstipation vorhanden, so wird aus dem Konflikte zweier Pflichten gelegentlich das Bestreben, ohne Abführmittel den Stuhl zu regeln, als Sieger hervorgehen, und man wird dann gerade gröbere und besonders zellulosereiche Brote verordnen. Dann aber versäume man nie, dem Patienten ans Herz zu legen, das Brot recht dünn zu schneiden, gut zu kauen und mit reichlich Butter zu verzehren.

IV. Gemüse und Kartoffel.

Für den Atoniker kommen lediglich die zarteren Gemüsearten in Betracht, also Spinat, Wirsing, Spargeln, Blumenkohl, Karotten. Andere Sorten, wie Sauerkraut, Rotkraut, grüne Bohnen, sowie Hülsenfrüchte wird man zweckmäßig ganz verbieten; dagegen ist — sonst gute Verdauung vorausgesetzt — gegen letztere nichts einzuwenden, wenn sie durchgeschlagen, also in Breiform verabreicht werden. Ebenso wird man die Kartoffel, besonders in der ersten Zeit, nur in Puréeform zulassen; später mag man auch andere Zubereitungsarten gestatten, jedoch achte man darauf, daß sie gut zerdrückt und gekaut genossen wird. Sehr wichtig ist auch der Hinweis darauf, daß Gemüse wie Kartoffel vorzügliche Fettträger sind; man kann in ihnen sehr große Mengen Rahm und speziell Butter unterbringen.

Salate wird man in der ersten Zeit grundsätzlich ganz verbieten; später versuchsweise in nicht zu saurer Zubereitung gestatten.

V. Obst.

Rohes Obst wird von dem hyperästhetischen Magen des Atonikers in der Regel schlecht ertragen und ist daher zu verbieten; dagegen ist es, besonders bei Neigung zu Obstipation, rätlich, die Zufuhr von gekochtem Obst zu versuchen. Als besonders wenig reizende Speise ist dann Aepfelbrei zu betrachten.

VI. Mehlspeisen, Reisspeisen und Süßigkeiten.

Daß man vom Tische des Atonikers voluminöse Mehlspeisen fernhält, bedarf kaum besonderer Erwähnung. Leichte Mehlspeisen wird man dagegen umso lieber verordnen, als durch ihre Einstellung einer unangenehmen Einseitigkeit der Kostverordnung vorgebeugt wird. So empfehle ich gerne leichte Reis- und Griespuddinge, Napfkuchen, Nudeln etc. Breie und Suppen aus Reis, Gries etc. sind eine auch von autoritativer Seite gern angewendete Verordnung, an sich auch meines Erachtens sehr rationell; nur haben sie einen Nachteil: sie sind unsere besten Stopfmittel. Ich pflege sie daher in den typischen Fällen von Atonie mit leichter Obstipation grundsätzlich zu widerraten, und sie nur in den weit selteneren Fällen zu verordnen, wo Neigung zu Durchfällen besteht; sind die dagegen mit reichlich Zucker zubereitet, wie etwa in Puddingform, dann mögen sie, wie erwähnt, zugelassen werden. Eigentliche Süßigkeiten wird man gelegentlich in Fällen sehr starker Hyperchlorhydrie verbieten müssen; sonst kann man von ihrer abführenden Wirkung Nutzen ziehen. Von der Erlaubnis, Kaffee oder Tee mit Zucker zu süßen, habe ich nie Nachteil gesehen, ebenso wenig von der Verordnung von Gelée, Honig oder Milchzucker, die ich ihrer abführenden Wirkung wegen gerne verordne.

VII. Getränke.

Das rationellste Getränk für den Atoniker ist ein Gemenge von Milch und Rahm. Es steht dabei nichts im Wege, dasselbe durch Zusatz von Kaffee oder Tee schmackhafter zu



machen. Dagegen wird man bei Neigung zu Hyperchlorhydrie stärkeren Kaffee und Tee verbieten, ebenso wie bei Neigung zu Obstipation Kakao und Schokolade. Immer mit der Mahnung, mit der Gesamtflüssigkeitszufuhr das erlaubte Maß nicht zu übersteigen, wird man neben Milch und Rahm zweckmäßig noch gutes Brunnenwasser oder einen nicht zu CO_2 reichen Säuerling trinken lassen. Alkoholica verbiete man in der ersten Zeit grundsätzlich; nach wenigen Wochen mag man einen Versuch mit geringen Mengen guten Bieres oder leichten, nicht zu sauren Weines machen. Suppen erlaube man nur in geringer Menge, da ihr Nährwert im Vergleich zu ihrem Volumen nur sehr unbedeutend ist.

*

Ich verzichte darauf, hier ein Schema für Diätverordnungen zu geben; ein solches Schema läßt sich überhaupt nicht aufstellen. Zunächst gestalten sich die Verordnungen schon aus dem Grunde in jedem Falle etwas anders, weil der Komplikationsmöglichkeiten sehr viele sind; dann aber kommen eine Menge persönlicher, besonders sozialer Momente bei der Ausarbeitung eines Diätplanes in Betracht, die jedes Schema illusorisch machen. Der eine liebt diese Speisen mehr, der andere jene, der muß seines Berufes wegen diese Tageseinteilung einhalten, der andere jene, der eine kann für seine Lebensbedürfnisse hohe Aufwendungen machen, der andere nur geringe: kurz, jeder Fall ist anders gelagert, und nur liebevolles Eingehen auf die Einzelheiten kann uns jedesmal den richtigen Diätplan finden lassen.

Natürlich kann man bei einer Krankheit, die sich mit Besserungen und Verschlimmerungen über so lange Zeiträume erstreckt, nicht immer strenge Diät einhalten lassen. Man wird dieselbe zweckmäßig immer nur für einige Wochen vorschreiben, dann allmählich laxer werden und schließlich langsam wieder zu einer der Normalkost nahestehenden Ernährungsweise zurückkehren, welch letztere aber gröbere Schädlichkeiten stets vermeiden muß. Kommt dann, wie so oft, ein Rezidiv, so muß man wieder zur strengen Diät greifen.

3. Behandlung mit Medikamenten und physikalischen Heilmethoden.

Gegenüber der psychischen und diätetischen Behandlung treten Medikamente und physikalische Heilmethoden ganz in den Hintergrund; ich fasse mich daher bezüglich beider sehr kurz. Fast regelmäßig verordne ich ein alkalisches Pulver, meist dreimal täglich nach der Mahlzeit zu nehmen. Bei bestehender Hyperazidität ist diese Verordnung leicht verständlich; aber auch in Fällen von normaler oder subnormaler Azidität ist sehr oft Alkali indiziert, da in vielen Fällen, wie schon erwähnt, eine Ueberempfindlichkeit des Magens gegenüber sogar subnormalen Säurewerten besteht. Welches Alkalipräparat man bevorzugt, ist Geschmackssache; ich ziehe dem gewöhnlich verordneten doppeltkohlensauren Natron die gebrannte Magnesia vor, weil die der Verabreichung des Natrons folgende CO_2 Entwicklung oft unangenehm empfunden wird. Nichts ist unrationeller, als in Fällen zweifelhafter Magenbeschwerden, wie es so oft geschieht, HCl zu verordnen; die größere Wahrscheinlichkeit ist immer, daß ein Alkali indiziert ist; HCl sollte nie ohne vorangegangene Magenausheberung gegeben werden. — Meist genügt die Alkalidarreichung bereits in Verbindung mit der Diätregelung, um den bestehenden lästigen Magendruck zu beseitigen; falls die Beschwerden hartnäckiger sein sollten, hilft oft die Zugabe von Anästhesin. Abführmittel sollten bei der Behandlung der Atonie niemals nötig werden; schlimmsten Falls verordne man Wasser- oder Oeleinläufe.

Von physikalischen Heilmethoden benütze ich lediglich die allgemein roborierenden kalten Abreibungen und Frottierungen, außerdem warme oder feuchtwarme Umschläge auf die Magengegend nach dem Essen. Ueber alle weiteren Methoden, speziell elektrische Behandlung, stehen mir persönlich keine Erfahrungen zur Seite, ich verzichte daher, des weiteren auf dieselben einzugehen; sie können in jedem Lehrbuche nachgelesen werden.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Meningitis und Lumbalpunktion. Von Walter Buschmann. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Freiburg i. Br.)

Vf. kommt kurz zu folgenden Schlüssen:

1. Die Lumbalpunktion ist nicht imstande, bei intrakraniellen Komplikationen der Otitis das Vorhandensein einer diffusen oder zirkumskripten Meningitis, oder eines Hirnabszesses sicher zu beweisen oder auszuschließen, ausgenommen vielleicht manche Fälle von tuberkulöser Meningitis, ja sie verleitet unter Umständen zu folgenschweren prognostischen Irrtümern.

2. Ihre Anwendung, insbesondere vor einer Operation, verbietet sich, wenn dadurch die Vornahme einer solchen hinausgeschoben wird. Unter Umständen kann die Lumbalpunktion selbst gefährliche Folgen haben.

3. Keinesfalls dürfen aus dem bloßen makroskopischen Befunde des Punktates prognostische Folgerungen gezogen werden. F. L.

Einfluß des Schilddrüsenverlustes und der Schilddrüsenfütterung auf die Heilung von Knochenbrüchen.

Aus den Versuchen und Resultaten von P. G. Bayon geht hervor: 1. Daß die Thyreoidektomie eine ganz erhebliche Verlangsamung der Frakturheilung beim Kaninchen bedingt. 2. Daß diese Verlangsamung sofort nach Ausschaltung der Schilddrüse auftritt, lange, bevor das Vollbild der Kachexie sich entwickelt hat. 3. Daß die Fütterung von thyreoidektomierten Kaninchen mit Schilddrüsenpräparaten in der vom Vf. angewandten Dosis und Qualität (Glyzerinextrakt von frischer Schafthyreoidea) eine Beschleunigung des Heilungsprozesses gegenüber nicht gefütterten thyreoidektomierten Tieren zeigt, jedoch ohne die Wirkung der Schilddrüse in der Frakturheilung mehr als teilweise ersetzen zu können. 4. Daß die Darreichung von Schilddrüsenpräparaten an normalen Tieren die Frakturheilung deutlich beschleunigt. 5. Daß die komplette Thyreoidektomie (Mitentfernung der Glandulae parathyreoideae) kein tödlicher Eingriff beim Kaninchen sei. — (Inaug.-Diss., Würzburg 1903.) F. L.

Zur Frage über die physiologische Wirkung der Salzbäder. Von Dr. Puritz in Odessa.

Die Verdauung der Eiweißstoffe erleidet beim Gebrauche der schwach konzentrierten Bäder eine kleine Besserung, sie bleibt aber unveränderlich oder verschlechtert sich sogar etwas bei Bädern von starker Konzentration. Die schwachen und mittleren Bäder üben auf die Eiweißoxydation wenig Einfluß aus. Nur die stark konzentrierten bewirken eine Steigerung der Eiweißoxydation; in einzelnen Fällen bis 25%. Qualitativ verschlechtert sich die Eiweißoxydation aber doch unbedeutend und erst bei der Anwendung der stark konzentrierten Bäder, bei schwachen und mittleren Konzentrationen läßt sich keine Veränderung nachweisen. Die Harnmenge wird bei den verschiedenen Konzentrationen des Bades um 10—25% erhöht. Die Salzbäder rufen eine leichte Leukozytose hervor. Die Menge der Erytrozyten und die des Hämoglobins, auch das spezifische Gewicht des Blutes ändern sich so gut wie gar nicht. Der Blutdruck ist etwas gesteigert. Die Zahl der Pulswellen steigt in den verschieden konzentrierten Bädern anfangs etwas an, nachher sinkt sie. Die Herztätigkeit wird erschwert. Auf das Nervensystem wirken die verschieden konzentrierten Salzbäder ganz unbestimmt, so daß von irgend einer Gesetzmäßigkeit nicht die Rede sein kann. Im allgemeinen ist hervorzuheben, daß die Berührungs- und Schmerzempfindung bei schwachen Bädern sich weniger deutlich verändert als bei den stark konzentrierten. Bei letzteren läßt sich eine mäch-

tige Steigerung der Berührungsempfindung und eine Herabsetzung der Schmerzempfindung feststellen. Die Reflexe zeigen auch bei den stark konzentrierten Bädern eine größere Steigerung als bei den mittleren und schwach konzentrierten Bädern. Die Muskelkraft bleibt häufig bei den schwachen und mittleren Bädern unverändert, bei den starken Bädern macht sich aber eine ziemlich beträchtliche Verminderung derselben geltend. — (Russische med. Rundsch., Nr. 4, 1905.) F. L.

Die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus. Von Dr. Moritz Mann in Budapest.

Nachdem die hervorragende Wichtigkeit der Kohlehydrate für den Organismus erwiesen ist und nachdem anderseits gerade die Anwesenheit des Zuckers in großer Menge den pathologischen Zustand verursacht, erhellt hieraus, daß die vollständige Entziehung der zuckerartigen Stoffe ebenso schädlich sein kann, wie die Einfuhr derselben in vollständiger (normaler) Menge, weshalb die Einführung der Kohlehydrate in bestimmter Menge unbedingt erforderlich ist. Die Menge, die in den Organismus einzuführen ist, ist individuell mit entsprechender Umsicht und Kautelen, bei täglicher genauer Untersuchung des Harnes zu bestimmen. Als schädlich bezeichnet Vf. jenes allgemein geübte Verfahren, das meist in Anwendung gezogen wird dann, wenn im Harn des Patienten Zucker gefunden wird, wenn daher die Diagnose des Diabetes gestellt wird und ohne Rücksicht auf die Menge des Zuckers sofort die Einfuhr sämtlicher Kohlehydrate verboten wird. In leichteren Fällen, in denen der Zuckergehalt im Harn ohnedies gering ist, erlaubt Vf. die Einführung der Kohlehydrate nur in solcher Menge, bei welcher die stürmische Erhöhung des Zuckergehaltes noch nicht zu beobachten ist. In ähnlichem Verhältnis, somit gradatim, wird in schweren Fällen die Einfuhr der Kohlehydrate bis zu jener Grenze reduziert, bis zu welcher der Organismus diese Reduktion leicht ohne wesentliche Reaktion erträgt. Mit Rücksicht darauf, daß die Eiweißarten ebenfalls nicht den Zuckerkranken entzogen werden sollen, und daß auch aus den Eiweißarten sich Zucker abspaltet, sind die Kohlehydrate im allergeringsten Verhältnis in den Organismus einzuführen, die Eiweißstoffe aber in größerer Menge deshalb, weil dadurch bei ihrer Zersetzung der Zuckerbedarf des Organismus teilweise auch auf diesem Wege gedeckt werden kann, hauptsächlich aber, weil sie zur Ernährung des Organimus wesentlich beitragen.

Die Einfuhr des Alkohols in kleinen Mengen ist gestattet, wegen der Reizwirkung auf die bei Diabetes ohnedies irritierten Nieren sollen größere Mengen vermieden werden. Nach der Meinung des Vf. ist die Entziehung oder Beschränkung der Fettzufuhr vollständig unmotiviert. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 16, 1905.) F. L.

Die Behandlung der Nachtschweiße der Phthisiker. Von L. Babonneix.

Zunächst kommt die kausale Therapie in Betracht: Besserung der Tuberkulose und des Allgemeinzustands, Anregung der Nierentätigkeit, Bekämpfung des Fiebers und der dyspeptischen Symptome. Versagt diese Therapie und schwächen die Schweiße sehr, so muß man zu Medikamenten greifen. Zunächst kommen in Betracht die Agarikuspräparate, die aber chemisch rein sein müssen und den Magen nicht reizen dürfen. Dann Sekalepräparate und Opiate. Gelegentlich wirkt ein Salviainfus recht günstig. Auch der innerliche Gebrauch von Säuren wird empfohlen, so verdünnte Schwefelsäure, Weinsteinsäure und besonders gern Kampfersäure zu 1—2 g pro die, weiter Bleiazetat und Thalliumphosphat, letzteres zu 0·1 g pro die. Auch Kalksalze werden gegeben, nach Dony der neutrale phosphorsaure Kalk, zu 4—6 g. Eine uns wenig geläufige Verordnung ist tellursaures Natron in der Dosis von 0·05 pro die; unangenehm ist der Geruch, den der Atem durch das Medikament erhält. Zinkoxyd gibt man ebenfalls zu 0·03—0·04 g pro die. Das beste symptomatische Mittel ist

aber immer noch das auch bei uns viel verordnete Atropin. — (Gaz. des hôp. Nr. 25 und 30, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Endovenöse und subkutane Sublimatinjektionen in vier Fällen von schwerem Scharlach. Von L. M. d'Andrea.

Vf. hat in einer Familie, nachdem zwei Kinder an einem schweren septischen Scharlach gestorben waren, weitere vier nacheinander erkrankende Familienmitglieder (den Vater und drei Kinder), die ebenfalls schwere, teilweise verzweifelte Krankheitsbilder darboten, mit endovenösen und subkutanen Sublimatinjektionen behandelt, und es erfolgte in allen Fällen Heilung. Die Dosen waren 2—4 mg bei den Kindern (10—15 Jahre alt), 5 mg beim Vater für die endovenösen Injektionen, etwas mehr für die subkutanen. Einmal folgte einer Injektion ein schwerer asphyktischer Anfall; sonst wurde nie irgend etwas Störendes beobachtet. Die Injektionen erfolgten in einem Falle täglich, während in den anderen drei Fällen nur wenige Injektionen verabreicht wurden. Vf. ist mit Schlußfolgerungen sehr vorsichtig; doch machen seine objektiv gehaltenen Berichte entschieden den Eindruck, als habe das Sublimat günstig gewirkt. — (Gazz. degli ospedali, 14. Mai 1905.) M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber die Einwirkung der X-Strahlen auf ein Leukämierezidiv und auf die Bantische Krankheit. Von C. Bozzolo.

Ein im Juli gebessert (mit 40.000 Leukozyten und kaum den Rippenbogen überschreitender Milz) entlassener Fall von Leukämie kam im Oktober wieder mit 148.000 Leukozyten, starker Milzvergrößerung, aber gutem Allgemeinbefinden. Erneute Radiotherapie bewirkte, daß im Jänner die Leukozyten auf 39.000 herabgingen; Ende Jänner waren es aber schon wieder 120.000 bei sehr gutem Befinden — ein bemerkenswertes Verhalten. — Weiter wurden drei Fälle von Bantischer Krankheit mit Radiotherapie behandelt. Zwei sehr vorgeschrittene Fälle, bei denen die Splenektomie nicht ausgeführt wurde, weil sie die Operation nicht überstanden hätten, wurden etwas gebessert; sehr ausgesprochen war die Besserung bei einem Initialfall mit stark vergrößerter Leber und Milz, Hb = 65, Erythrozyten $3^3/_4$ Millionen, Leukozyten 3200 (im Juni). Im Dezember Verkleinerung der Milz, Hb = 85, Erythrozyten 4 Millionen, Wohlbefinden. Im Laufe des Jahres weiteres Kleiner- und Weicherwerden der Milz. — (Gazz. degli ospedali, 4. April 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber die Einwirkung des Adrenalins auf das Nierenparenchym. Von L. Vaccari.

Vf. wollte die Einwirkung studieren, die das zum Zwecke der Blutstillung bei Nierenoperationen angewendete Adrenalin auf das Nierengewebe ausübt. Er ging dabei so vor, daß er bei Kaninchen eine Niere freilegte, in das Parenchym $^1/_2$ bis 3 cm^3 einer $1^0/_{00}$igen Lösung von salzsaurem Adrenalin (einem Kontrolltier dieselbe Menge physiologischer Kochsalzlösung) einspritzte, die Nephrotomie ausführte und dann nach zehn Stunden bis 11 Tagen die Tiere tötete und die histologischen Veränderungen der Niere studierte. Nur in einem Falle waren diese bei der Kochsalzlösung größer, sonst stets bei den Adrenalintieren. Vf. warnt vor Anwendung des Adrenalins als Blutstillungsmittel bei Nierenoperationen, da es die Nieren schädige. — (Il Policlinico, Sez. chirurg., H. 4, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber den Wert des Metaglukosol bei der Behandlung des Diabetes mellitus. Von G. Alessi.

Vf. berichtet über günstige Erfolge, die er bei Diabetikern mit Metaglukosol erzielt haben will. Der wirksame Bestandteil des Präparats soll das Glykosid ($C_{36}H_{66}O_{33}$) sein. Tierversuche ergaben bei Eingabe per os subkutan und intravenös eine Hyperämie der Unterleibsorgane mit Verlangsamung des Blutkreislaufes, besonders in der Leber. Durch diese Verlangsamung soll es zu einer Verlangsamung der Eiweißverbrennung kommen, daher Verminderung der Stickstoff-

ausscheidung sowie zu einer Aufspeicherung von Glykogen in der Leber. Im klinischen Teil wird über 40 Fälle berichtet. In vielen Fällen ist die Berichterstattung nicht so genau, daß man sich ein Urteil darüber bilden könnte, in anderen ist anscheinend eine günstige Einwirkung nachweisbar, in wieder anderen ist die Grundbedingung für derartige Prüfungen — Gleichbleiben der Kost — nicht eingehalten, so daß das Herabgehen der Glykosurie nicht viel beweist. Von vielen anderen derartigen Präparaten unterscheidet es sich vorteilhaft durch den relativ geringen Preis: $^1/_2$ l, für zehn Tage reichend (täglich sollen nüchtern vier Eßlöffel genommen werden), kosten 5 Francs. — (La Medicina populare, H. 1, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Quecksilberkur der Tabes. Von A. Piazza.

Auf Grund der Literatur und einer Reihe eigener Beobachtungen kommt Vf. zu folgendem Resultat: Hält man sich nur an die Resultate der publizierten Kasuistik, so kann man schließen, daß alle Ansichten richtig sind, d. h. daß in der Tat das Quecksilber bei der Tabes bald nützt, bald nichts nützt, bald auch schadet. Es nützt, wenn sich mit der Tabes ein florider, syphilitischer Prozeß verbindet, wenn der Patient keine oder unvollständige Quecksilberkuren gemacht, wenn im Falle einer beginnenden Tabes Verdacht auf eine kurz vorhergegangene Infektion besteht. Unnütz ist die Quecksilberanwendung in Fällen vorgeschrittener Tabes, oder wenn die Infektion sehr weit zurückliegt. Das Quecksilber schadet, wenn eine Optikusatrophie im Entstehen ist und wenn der Patient die Kur schlecht erträgt, sei es, daß das Körpergewicht sinkt oder daß Intoxikationserscheinungen auftreten. — (Il Policlinico, Sez. med., Nr. 1, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Nephritis und Stillen. Von L. Concetti.

Fall eines Kindes von vier Monaten, dessen Mutter eine schwere hämorrhagische Nephritis akquirierte. Nach einem Monat wurde das Kind abgesetzt, um der Mutter nicht zu schaden; aber es ertrug die künstliche Ernährung schlecht und bekam eine schwere, fieberhafte Gastroenteritis. Nach 14 Tagen wurde es wieder angelegt, und in wenigen Tagen war es hergestellt. Also es ist trotz der Angabe mancher Autoren die Milch einer nierenkranken Mutter immer noch besser als künstliche Ernährung. Allerdings muß man den Urin des Kindes fleißig kontrollieren, um eine nephrotoxische Wirkung der Milch rechtzeitig zu erkennen. — (Riv. de Clin. Pedriatr. Nr. 1, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber die Heilung des tuberkulösen Pneumothorax. Von. Prof. F. Penzoldt.

Die vollkommene Ausheilung eines frischen Pneumothorax bei einem tuberkulösen Arzt, bei dem sich ein eitriges tuberkelbazillenhaltiges Exsudat gebildet hatte, veranlaßt Vf., für solche Fälle wiederholte einfache Punktionen mit nachfolgender Jodoformglyzerininjektion zu empfehlen. Noch wesentlicher freilich war eine durch über ein Jahr durchgeführte unbedingte Ruhe-, Freiluft- und Ueberernährungskur. In anderen Fällen erwies sich jene Kur durch Komplikationen des Leidens weniger wirksam, und ist dann Rippenresektion, Bülausche Drainage, selbst Radikaloperation unvermeidbar. Die Freiluftruhe- und Uebererernährungskur konsequent und streng durchgeführt, ist für den Grundprozeß immer das Wirksamste. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 84, 1905.)

E. H.

Ueber die Anwendung von Olivenöl bei Erkrankungen des Magens und des Duodenums. Von Dr. F. Merkel.

Reinstes Oliven- oder Mohnöl erwärmt, eßlöffelweise vor den Mahlzeiten, eventuell auch durch den Schlauch eingegossen, erwies sich sehr wirksam in allen Fällen, wo durch Reizerscheinungen irgend welcher Art ein krampfartiger Verschluß des Pförtners zustande kommt und wo die Entleerung des Magens dadurch gestört ist; Erscheinungen, die sich durch übermäßige Säurebildung primär oder sekundär kundgeben und vice versa

wieder eine Steigerung des Pylorospasmus und der Retention von Speiseresten im Gefolge haben. Mandelmilch bietet einen teilweisen Ersatz. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 84, 1905.) E. H.

Zur Gichtbehandlung mit Citarin. Von Dr. S. Merkel.

Bei akuten Anfällen echter Gicht wirkt Citarin fast sicher, jedoch muß es sofort bei den ersten Anzeichen eines drohenden Anfalles genommen werden. Die Bayer'schen Tabletten à 2 g, kalt gelöst, und zwar 3—4 Tabletten täglich, anfangs mehr als später, sind ohne üble Erscheinungen zu nehmen. Bei länger anhaltenden gichtischen Beschwerden, namentlich in chronischen Fällen, wo rheumatische und neuralgische Symptome als Begleiterscheinung auftreten, ist als Ersatz das Aspirin, das mehr diaphoretisch wirkt, anzuwenden. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 84, 1905.) E. H.

Bemerkungen über die Behandlung der Epilepsie. Von Prof. A. Strumpell

Weder die vegetarische Lebensweise, noch die Milchdiät, noch die Kochsalzentziehung üben nach Vfs. Erfahrung einen erheblichen oder regelmäßigen Einfluß auf die Epilepsie aus. Als Regel für die Praxis gilt ihm, jedem Epileptiker eine ausreichende, aber einfache Ernährungsweise vorzuschreiben, unter Vermeidung zu reichlicher Fleischmengen und Bevorzugung vegetabilischer Kost (Obst, Gemüse). Jedes zu starke Würzen der Speisen, der Genuß stark gesalzener Speisen, vor allem aber Alkohol und auch das Rauchen sind in allen schwereren Fällen vollkommen zu verbieten. Bei häufigen Anfällen kann eine Ruhekur, sonst auch oft methodisch angeordnete Muskelübung dem Kranken nützen. Größten Wert legt Vf. darauf, die Krankheit „Epilepsie" nicht nur nach dem einen Symptom, den Anfällen, zu beurteilen, sondern daneben das ganze körperliche und geistige Verhalten der Kranken zu berücksichtigen. Man wird sich dann nicht verleiten lassen, Brom bis zu Gedächtnis-, Verdauungsstörungen, bis zu allgemeiner geistiger und körperlicher Schlaffheit in den Patienten hineinzufeuern. Viele dauernde Störungen der geistigen Fähigkeiten und des körperlichen Befindens, die man nach längerem Bestehen der Epilepsie zugeschrieben hat, sind Folgen chronischer Bromintoxikation. Zum teilweisen Ersatz der Brompräparate, zum Teil freilich nur ut aliquid fieri videatur, empfehlen sich Belladonna (Atropin) und Zincum oxydatum. Diese Mittel scheinen, auch beide kombiniert verordnet, zuweilen von einem gewissen Erfolg zu sein. Auch die Baldrianpräparate, namentlich Baldriantee, des Abends genossen, möchte Vf. bei der Behandlung der Epilepsie nicht völlig missen. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 84, 1905.) E. H.

Zur Digalentherapie. Von Dr. Weinberger.

Das Digalen erzeugte in subkutaner Anwendung (2—3mal täglich 1 cm³) prompte Wirkung auf Diurese, Frequenz des Pulses und der Atmung, am schönsten bei inkompensiertem Mitralfehler, aber auch bei Myokarditis. Als Vorzüge des neuen Mittels sind zu nennen:

1. die genaue Dosierbarkeit infolge stets gleicher Zusammensetzung;
2. die beinahe absolute Reizlosigkeit, die neben der Verabreichung per os die oft erwünschte und zuverlässige subkutane und intravenöse Applikation gestattet;
3. die eben dadurch gegebene Möglichkeit, durch rasche Einverleibung großer Dosen oft in kürzester Zeit eine maximale Wirkung zu erzielen. Dazu eignet sich vor allem die vollständig schmerzlose intravenöse Applikation, bei der relativ große Einzeldosen (3—5 cm³) notwendig sind und auffallend gut vertragen werden. — (Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 27, Bd. 84, 1905.) E. H.

Physikalische Therapie.

Ueber Hydrotherapie bei Chlorose. Von Raebiger.

Bei der Behandlung der Chlorose kommt es darauf an, das darniederliegende Keimungsvermögen der blutbildenden Or-

gane zu heben. Das souveräne Mittel ist auch jetzt noch das Eisen, obwohl niemand sich auf seine Darreichung allein beschränken, sondern mit ihm, soweit es der Fall erlaubt, eine passende physikalisch-diätetische Kur kombinieren wird. Diesen physikalischen Heilfaktoren wird man nun, nach den Untersuchungen des Vfs., eine höhere Bedeutung beimessen müssen. Vf. hat nämlich eine Reihe von Chlorotischen nur mit Eisen, eine andere Reihe nur mit Dampfbädern mit darauffolgender Abklatschung behandelt und gefunden, daß bei letzteren die Zunahme des Hämoglobins nach der Kur 3·5% mehr betrug als bei der ersteren, dabei verhielt sich die Körpergewichtszunahme umgekehrt. Auch das subjektive Befinden war ein besseres als das der anderen. — (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, Nov. und Dez. 1904.)

Dr. Buxbaum.

Einige Bemerkungen zur Behandlung der Hyperazidität des Magensaftes. Von Ebstein.

Es handelt sich um die Anwendung von großen Oelklysmen zur Bekämpfung der Hyperazidität des Magensaftes. Eine Bedingung der günstigen Wirkung ist darin gelegen, daß das Oel genügend lange im Darm festgehalten wird. Ulkussymptome bilden keine generelle Kontraindikation. Die Anwendung der den Darm evakuierenden Methode bei der Behandlung der Hyperazidität des Magensaftes ist nicht neu, doch haben die bisher üblichen innerlichen Abführmittel und auflösenden Mineralwässer keine vollständig befriedigende Wirkung zu erzielen vermocht. In jenen Fällen, wo harte Skybola in den Haustris des Kolon eingebettet sind, ist eine vollständige Evakuation des Darmes durch die gebräuchlichen Abführmittel und Klysmen nicht zu erzielen und es stehen hier die großen Oelklysmen an Wirksamkeit in erster Reihe. Die Wirkung derselben kann durch gelegentliche Darreichung von Abführmitteln unterstützt werden. Es kann die Hyperazidität schwinden, bevor die Evakuation des Darmes vollendet ist, doch soll deshalb die Behandlung der Koprostase nicht vorzeitig unterbrochen werden. Zur Heilung der Koprostase gehört nicht nur die Evakuation des Darmes, sondern auch die Erziehung desselben zu einer spontanen Leistungsfähigkeit, dann wird die in der Regel schon lange vorher beseitigte Hyperazidität des Magensaftes nicht mehr rezidivieren. Zellulosereiche Kost ist bei chronischer Obstipation nicht zu empfehlen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie. Von Heule.

Vf. empfiehlt für die Anwendung der Stauungshyperämie eine Methode, die es ermöglicht, die Stauung in jedem Falle genau zu dosieren. Er bedient sich anstatt der Gummibinde eines Hohlschlauches zur Konstriktion; der Schlauch wird um die Extremität lose herumgelegt, mit einer Klammer zusammengehalten und dann unter Kontrolle eines Manometers durch ein seitlich an ihm angebrachtes Gummirohr mittels eines gewöhnlichen Doppelgebläses mit Luft gefüllt. Man kann auf die Weise immer wieder den gleichen Druck anwenden, der einmal als richtig erkannt war. Die Höhe desselben muß zunächst für jeden einzelnen Fall besonders ausprobiert werden, indem man mit 3—4 cm Quecksilber anfängt und ganz allmählich steigt, bis man das Optimum gefunden hat; dieses liegt in der Regel zwischen 6—8 cm Quecksilber. Korrekturen in dem Grade der Stauung lassen sich durch Hinzufügen oder Herauslassen von etwas Luft sehr leicht ausführen. — (Allg. med. Zentralztg. Nr. 1, 1904.)

Dr. Buxbaum.

Die Hydrotherapie der Perityphlitis. Von Dr. Karl Lewin in Halle a. S.

Vf. hat gegen den Entzündungsschmerz der beginnenden Perityphlitis als erste therapeutische Maßnahme die Anwendung heißer Umschläge empfohlen, während welcher in den allermeisten Fällen der perityphlitische Schmerz so beträchtlich herabgesetzt wird, daß der Patient den Eindruck eines leicht Erkrankten macht. Zur Sicherheit läßt man die Prozedur noch am selben Tage zweimal 1—2 Stunden lang wiederholen, wobei für eine ausrei-

chende Umhüllung des Kataplasmas gesorgt sein muß. Wenn nach diesen innerhalb 24 Stunden dreimal vorgenommenen Versuchen regelmäßig eine beträchtliche Linderung oder gar völliges Aufhören der Schmerzen beobachtet wird, so kann der Arzt mit Bestimmtheit eine Perityphlitis simplex annehmen und die verordneten Umschläge auch weiter anwenden. Die Umschläge haben auch einen hemmenden Einfluß auf die Peristaltik. Die heißen Umschläge werden während des ganzen Tages fortgesetzt und über die Nacht durch einen Prießnitz-Umschlag ersetzt. Außer diesen Umschlägen verordnet Vf. Bleibeklistiere. Diese aus drei Eßlöffel kalten Wassers bestehenden Klistiere werden mittels eines kleinen Gummiballons 3—4mal täglich verabfolgt. Bei Stuhlverhaltung kann einmal am Tage ein Oelklysma gegeben werden.

Liegt die virulente Form der Perityphlitis vor, so wird lokale Hitzeapplikation eine Steigerung der Exsudation bewirken, und eine Zunahme des perityphlitischen Schmerzes entstehen. Zur Sicherung der Beobachtung werden auch hier die heißen Umschläge noch zweimal je 1—2 Stunden lang fortgesetzt. Die Schmerzen werden hiedurch oft bis zur Unerträglichkeit gesteigert. An die Stelle der heißen Umschläge treten nun die kalten gewechselten Umschläge. Auf die Kreuzbeingegend kommt ein erregender Prießnitz-Umschlag; außerdem werden 3—4mal täglich Klysmen mit heißem Seifenwasser appliziert, welche höchstens ¹/₄ Liter betragen dürfen und in Seitenlage unter niedrigem Drucke verabreicht werden. Bei der chronischen Perityphlitis kommen die wechselwarmen Umschläge, Wechselsitzbäder. (Das Vertrauen, das der Autor zu den hydriatischen Prozeduren hat, ist ja recht schön, aber die Diagnose so ganz und gar von der Wirkung einiger Umschläge abhängig machen zu wollen, scheint mir etwas zu weitgehend zu sein. Es sei denn, daß der Autor über eine Statistik und Erfahrung verfügt, die uns eines Besseren belehren könnten. Die in letzter Zeit so sehr beliebt gewordene Diagnose Pseudoperityphlitis, Blinddarmreizung etc. kann wohl auch zu Irrtümern führen, die die Therapie betreffen. Ich glaube kaum, daß die Anwendung der kalten Bleibeklistiere bei Perityphlitis, wenn diese nach dem Einteilungsprinzipe des Autors auch nur eine simplex ist, Nachahmung finden wird. Ref.) — (Bl. f. klin. Hydrotherapie Nr. 2, 1905.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Die Laparotomie bei Peritonealtuberkulose. Von Dr. Göschel.

Die auf die Laparotomie bei Peritonealtuberkulose gesetzten Hoffnungen sind zwar viel zu sanguinisch gewesen, nur 23·3% Dauerheilungen dürften für die exsudative und 9·8% für die adhäsive Form gelten. Wir sind verpflichtet, diese Operation anzuwenden; die Prognose für die dauernde Ausheilung der Operierten aber ist nur mit Vorsicht zu stellen. Es ist bei der Prognosenstellung auf den allgemeinen Kräftezustand, die Dauer der Krankheit, Alter und Heredität sowie die Komplikationen mit Tuberkulose anderer Organe Rücksicht zu nehmen. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 84, 1905.)

E. H.

Gelenkerkrankungen in der allgemeinen Praxis. Von Edmund Owen, F. R. C. S.

Es ist sehr wichtig für den Praktiker, Gelenkerkrankungen möglichst frühzeitig zu erkennen, damit sie früh behandelt werden können. Meist werden Gelenkaffektionen im Beginn vom Arzt wie vom Patienten vernachlässigt; man begnügt sich oft mit Jodtinkturpinselungen und meint, wenn die Haut der Gelenkgegend schön braun gefärbt ist, seine Pflicht getan zu haben. Für die Diagnose ist eine genaue Untersuchung notwendig; diese kann z. B. am Kniegelenk nicht vorgenommen werden, indem der Patient das erkrankte Gelenk entblößt, sondern beide Beine müssen vollständig entkleidet und miteinander verglichen werden. Ein wichtiges Zeichen einer beginnenden Gelenkerkrankung ist die Atrophie der das Gelenk bewegenden Muskeln, die schon sehr früh eintritt, als ein Mittel der Selbst-

hilfe der Natur, die, um das Gelenk möglichst ruhig zu stellen, die für dieses in Betracht kommende Muskulatur schlecht ernährt. Vf. erklärt diese trophische Störung als ausgehend vom Rückenmark, ausgelöst durch die Schmerzhaftigkeit des Gelenkes. Besonders gut kann man diese Atrophie an den Schulterblattmuskeln bei Schultergelenkaffektionen und am Oberschenkel bei Erkrankung des Knie- oder Hüftgelenkes beobachten. Bei fetten Patienten kann man zuweilen die Atrophie nicht mit dem Auge und auch nicht mit dem Bandmaß erkennen, bei der Betastung jedoch fühlt man die Schlaffheit der Muskulatur der erkrankten Seite. Zunächst ist das normale entsprechende Glied zu untersuchen; dann vergleicht man die Temperaturen der betreffenden Gelenke.

Schleichende chronische Entzündung eines Gelenkes bei einem Kinde oder Halberwachsenen ist mit ziemlicher Sicherheit als tuberkulös anzusprechen; die Familienanamnese ist hier wichtig.

Bettruhe und absolute Ruhigstellung des Gelenkes auf einer Schiene ist anzuordnen, sobald ein Patient über Schmerzen in irgend einem Gelenk klagt, selbst dann, wenn der Arzt zunächst nichts Krankhaftes finden kann. Massage und Elektrisation darf nicht eher angewandt werden, bis alle Entzündungserscheinungen des Gelenkes ganz verschwunden sind. Dann kann man auch Heiß- und Kaltwasserduschen, leichte passive Bewegungen und Uebungen anwenden. Nach Entfernung des fixierenden Verbandes prüfe man das Gelenk genau darauf, ob nicht noch irgendwo ein Entzündungsherd steckt. Zu diesem Zwecke betaste man das Kniegelenk in der Gegend des inneren Semilunarknorpels, unter dem Condylus internus, die Hüftgelenkkapsel von der Leiste aus, das Schultergelenk direkt unterhalb des Akromion, das Ellbogengelenk am Radiusköpfchen, dicht unter dem Condylus externus humeri, das Handgelenk zwischen Processus stylodes radii, dem unteren Ulnaende und der ersten Reihe der Handwurzelknochen. Findet man nichts Krankhaftes mehr, dann beginne man langsam, zunächst nur stundenweise, die Schiene wegzulassen und vorsichtig die Muskeln zu massieren.

Entzündung des Schultergelenkes wird häufig erst spät erkannt; der dumpfe Schmerz im Gelenk wird oft für „Rheumatismus“ gehalten; pathognostisch wichtig ist hier, daß beim Seitwärtsheben des Armes auf der kranken Seite das Schulterblatt sich schon viel früher mitbewegt als das der gesunden Seite, der Oberarmkopf ist eben gegen die Skapula fixiert.

Handgelenkentzündungen werden oft sehr spät erst erkannt; die beste Fixation findet das Handgelenk in einer gut anmodellierten Lederhülse. — (The British Medical Journal, 25. März 1905.)

Klar, Heidelberg.

Die operative Behandlung des Hohlfußes.

Von Harry M. Sherman.

Der Hohlfuß ist meist auf Lähmung der Musculi interossei plantares und der Musculi lumbricales zurückzuführen. Die Aktion dieser Muskeln überträgt die extendierende Wirkung der langen Zehenextensoren von den Zehen auf den Metatarsus und sogar auf den Tarsus. Bei Lähmung der Musculi interossei und lumbricales nun verursachen die Extensoren eine Hyperextension der Zehen, während der Metatarsus gegen den Tarsus in Beugestellung geht; eigene Extensoren hat der Metatarsus eben nicht. Vf. überpflanzt nun die Sehnen der langen Zehenextensoren von ihrer Insertion an den Zehenphalangen auf die Mittelfußknochen dicht hinter deren Köpfchen. Er übt dabei folgende Technik: Nach subkutaner Tenotomie der Beuger in der Fußsohle und Durchschneidung der Plantarfaszie legt er den Fuß, nach Einhüllung in sterile Kompressen, in einen Gipsverband in korrigierter Stellung; auf diese Weise fixiert er den Fuß gut für die weitere Operation. Nachdem der Gipsverband sitzt, schneidet er auf dem Fußrücken ein Fenster, das ihm erlaubt, weiter zu operieren, ohne die Asepsis zu stören. Die Extensorensehnen werden nun von ihren Insertionsstellen an den Zehen abgetrennt und an die Metatarsalknochen mittels Nähten angeheftet, die vom Fuß-

rücken durch die Zwischenknochenräume hindurch auf die Plantarseite und hier durch den Gipsverband hindurchführen. So kann er die Sehnen gut an den Stellen, wo sie an die vom Periost vorher entblößten Metatarsalknochen anwachsen sollen, fixieren, bis das Nahtmaterial resorbiert wird; bei dem Chromkatgut, das Vf. benutzt, halten sich die Nähte 40 Tage. Nach den Nähten folgt steriler Verband und Schließung des Gipsverbandes auf dem Fußrücken. Im Verband bleibt der Fuß in leicht dorsalflektierter Stellung während 6—8 Wochen. — (California State Journal of Medicine, Nov. 1904.) Klar, Heidelberg.

Ueber Radikaloperationen bei tuberkulöser Koxitis. Von Mosetig-Moorhof.

Vf. macht einen großen, zungenförmigen Lappenschnitt mit oberer Basis, dessen untere Rundung sich etwa zollbreit unterhalb des Trochanter major hinzieht, während die divergierenden Schenkel parallel mit den Fasern des Glutaeus max. verlaufen. Sodann wird der Trochanter major temporär an der Basis reseziert (im Gegensatz zu Lorenz und Reiner! Ref.) und durch Aufklappen des Hautmuskellappens samt Rollhügel das Gelenk zugänglich gemacht. Findet man nach dem Aufklappen des Lappens schon kalte Abszesse, so werden diese mit 1%iger Formalinlösung ausgespült und dann mit trockenen Tupfern gereinigt. Danach Querspaltung der Kapsel, Luxation des Kopfes, Entfernung des Knorpelüberzuges und Ausräumung tuberkulöser Herde in Kopf und Hals und darauffolgende Plombierung mit Jodoformplombe, oder, in schweren Fällen, Resektion von Kopf und Hals. Die eventuell hergestellten Plomben werden provisorisch nach dem Erstarren der Masse mit einem Stückchen Gummipapier und einem Gazebausch bedeckt. Dann folgt das sorgfältigste Lospräparieren der ganzen Kapsel mit Limbus cartilagineus, hierauf Ausräumung der Pfanne und Auskratzung eventuell vorhandener anderweitiger tuberkulöser Herde am Becken. Wenn der Hals oder gar ein Teil des Kopfes erhalten geblieben ist, so folgt die Reposition in die gereinigte Pfanne, indem in die Pfanne Jodoformplombenmasse eingegossen und in die langsam erstarrende Masse das Femurende „eingepflanzt“ wird.

Danach heftet Vf. den Trochanter major mit Metallnaht an seinen Platz wieder an und schließt die Wunde. Wenn Kopf und Hals fehlen, legt Vf., im Gegensatz zu anderen Autoren, den Verband in Parallelstellung der Beine an, um eine zu starke Abduktion und daraus sich ergebende zu starke Beckensenkung beim Gehen zu vermeiden. Vf. legt bei der Operation großen Wert auf die sorgfältige Erhaltung der queren Beckenmuskeln: quadratus, pyriformis, obturatorius und gemelli, da er glaubt, daß diese bei intaktem Gelenk als Rotatoren wirkenden Muskeln bei fehlendem Gelenk den Femurstumpf gegen das Becken fixieren. Da bei Heilung in Ankylose die Patienten nur auf der gesunden Seite sitzen können, so sucht Vf. Pseudarthrose zu erzielen; die Patienten können dann tadellos sitzen und haben trotz der Pseudarthrose einen festen und sicheren Gang. Vf. hat bisher vier Fälle so behandelt.

M. polemisiert gegen Lorenz und Reiner (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 15, Referat s. o.) wegen ihrer von der seinen stark abweichenden Methode und demonstriert drei Fälle und die Röntgen-Photographien des vierten Falles.

In der Diskussion erwidert Lorenz, daß er den Wert intakter Glutäalmuskulatur für den Koxitiker gering schätze; bei Mosetigs drei vorgestellten Fällen könne man jetzt schon Adduktion und Flexion beobachten. Diese Kontrakturstellung werde sich vermehren, da bei jedem Auftreten auf das kranke Bein die gesundseitige Beckenhälfte heruntersinke. Der Vorteil des bequemeren Sitzens sei von M.'s Patienten zu teuer erkauft; denn ihr pseudarthrotisches Hüftgelenk sei sehr vulnerabel und entspreche den Anforderungen des täglichen Lebens in keiner Weise. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 20, 1905; k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 12. Mai 1905.)

Klar, Heidelberg.



Hüftgelenkresektion mit totaler Kapselexstirpation, nebst Bemerkungen über die Totalexstirpation des tuberkulösen Hüftgelenks. Von Prof. A. Lorenz und Privatdozent Dr. Max Reiner.

Eine neue Methode der Resektion des Hüftgelenks. Vorderer Längsschnitt, der Faserrichtung des Musculus tensor fasciae latae folgend, von etwas oberhalb der Spina ant. inf. 7 cm nach abwärts, hinten Langenbeck'scher Resektionsschnitt, parallel den Fasern des Musculus glutaeus maximus. Dadurch wird die Kapsel des Hüftgelenks frei zugänglich. Meist findet man Kapsel und Knochen erkrankt, bei frühzeitiger Resektion jedoch findet man oft nur primäre Erkrankung der Synovialis.

Um die erkrankte Synovialis in toto mit all ihren Buchten und Nischen und etwa erkrankten benachbarten Schleimbeuteln zu entfernen und damit eine sekundäre Infektion von zurückgebliebenen Synovialteilen aus zu vermeiden, lösen die Vf. die Kapsel erst von allen Weichteilen der Umgebung vollständig los und eröffnen dann erst das Gelenk. Die Kapsel muß von den ihr benachbarten Muskeln gut freipräpariert werden; wenn die vorspringende Kante des Musculus quadratus femoris stört, dann kerbt man sie mit dem Knopfmesser ein. Die Eröffnung des Gelenks geschieht durch Abtragung des Kapselansatzes vom Pfannenrand; der Limbus cartilagineus muß am Kapselschlauch bleiben und mit diesem entfernt werden. Dann wird der Kopf durch Einwärtsrotation nach hinten luxiert, und die Kapsel über ihn herabgestreift und entfernt. Darauf folgt gründliche Reinigung des Kopfes von Herden, nach Entfernung des Knorpels, und Reinigung der Pfanne mit dem scharfen Löffel. Dann Reposition des Kopf-, beziehungsweise Halsstumpfes, Nachbehandlung.

Bei den Fällen, die weitgehende Zerstörung des Kopfes und des Halses zeigen, ist eine Reposition nicht mehr möglich; bei diesen stellt man breite Berührungsflächen zwischen dem Femur und dem Pfannenort her, um eine gute Ankylose zu erzielen. Bei solchen Fällen verbinde man, um das Operationsgebiet zugänglicher zu machen, den vorderen Schnitt mit dem hinteren, so daß man einen Lappen bekommt, den man mit den vom Trochanter major abgelösten Sehnen nach oben umklappt. Der Trochanter major selbst bleibt am Femur. (Im Gegensatz zum Vorschlag Mosetigs! Ref.) Dann wird die äußere Fläche der Kapsel ringsum freigelegt, so daß der von der Kapsel umkleidete Hals ganz mit dem Finger umgriffen werden kann. Hierauf Osteotomie mit breitem Meisel von der Spitze des großen zum kleinen Trochanter, danach Exstirpation des Gelenkes in toto ohne Eröffnung der Kapsel.

Sodann wird eine flächenhafte Berührung der Femurwundfläche mit der Meiselfläche des Pfannenortes hergestellt; die Verkürzung des Beines ist unbedeutend, weil der Oberschenkelschaft von der Spitze des Trouchanter major ab erhalten bleibt. Der für die Operation geeignetste Moment ist die Periode des intraartikulären Abszesses, in der starke Schmerzen, die auch durch Fixation im Gipsverband u. s. w. nicht gelindert werden, und oft auch Fieber vorhanden sind. Demonstration eines vor sieben Wochen operierten Kindes. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 15, 1905.)

Klar, Heidelberg.

Was leistet die Laboratoriumsarbeit bei chirurgischen Nierenerkrankungen? Von Dr. Frederic E. Sondern in New-York.

Außer der Bestimmung der Reaktion, der 24stündigen Urinmenge und des spezifischen Gewichtes ist eine gründliche Untersuchung auf Eiweiß und Zucker von allergrößter Bedeutung, und zwar soll man bei ersterer Nukleo-Albumine, Albumosen und Bence-Jones'sche Eiweißkörper auseinanderhalten. Zur Bestimmung der Formelemente ist die Zentrifuge von größtem Nutzen. Man hüte sich, auf einzelne tumorverdächtige Zellen mit Sicherheit einen malignen Tumor anzunehmen. Die Kryoskopie bedeutet einen großen Fortschritt; auf die Phloridzinmethode wie auch auf die Färbung des Urinstrahls mit Indigkarmin ist nicht viel zu geben (warum? Ref.). Die elektrische Leitfähigkeit gibt keinen besseren Schlüs-

sel als die Kryoskopie. Bei Verdacht auf Tuberkulose soll man einen Tierversuch machen, da das Auffinden von Tuberkelbazillen im Urin unsicher und die Verwechslung mit Smegmabazillen häufig ist. — (Medical News, Nr. 10, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Objektive und subjektive Symptome bei chirurgischen Nierenerkrankungen. Von Dr. Gibson in New-York.

Die Hauptsymptome, die auf eine Nierenaffektion hindeuten, sind: 1. Schmerzen in der Nierengegend, 2. Anomalien in Menge und Farbe des Urins, 3. Anwesenheit einer Schwellung in der Nierengegend. Unter den indirekten Zeichen können Pupillenenge und Pulsspannung einen Fingerzeig liefern. Konstante Schmerzen an derselben Stelle sollen auf Tumor, intermittierende, weniger lokalisierte Attacken auf Wanderniere hindeuten. Oligurie deutet auf Abflußverlegung des Urins durch Ureterabknickung oder Stein. Tritt plötzlich komplette Anurie auf, so ist die Diagnose Nephrolithiasis ziemlich gesichert. Allerdings besteht dann noch die schwierige Frage, ob die Affektion doppelseitig ist oder ob, wie das wohl meistens der Fall ist, das Versagen der zweiten Niere auf Reflexanurie beruht. Eiter findet sich meist bei chronischer Steinniere und Tuberkulose.

Konstanter Verlust kleinerer oder größerer Blutmengen läßt an Stein oder Tumor denken.

Zum Schluß gibt Vf. ein Schema der Hauptsymptome bei den verschiedenen Nierenaffektionen. — (Medical News, Nr. 10, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Die Fortschritte der Nierenchirurgie im letzten Dezennium. Von Dozent Dr. Paul Wagner in Leipzig.

Der Zweck dieser Zusammenstellung ist es, den Aerzten die modernen Erfolge der Nierenchirurgie vor Augen zu führen, die gerade darin besteht, daß man bei vielen Erkrankungen der Nieren die im Beginne der Aera der Nierenoperationen fast einzig geübte Nierenexstirpationen in vielen Fällen durch partielle Resektionen und plastische Operationen zu ersetzen gelernt hat. Ganz speziell ist das der Fall, wenn plötzliche Schädigungen eine sonst gesunde Niere treffen, d. h. bei der traumatischen Nierenzerreißung. Zwar soll man bei diesen Fällen stets, wenn starke Hämaturie etc. besteht, die Niere freilegen, die Exstirpation aber nur dann vornehmen, wenn die ganze Niere zertrümmert oder das Nierenbecken abgerissen ist, im übrigen aber sich mit Resektion und Naht begnügen, speziell auch deshalb, weil ja natürlich bei diesen Fällen eine Funktionsprüfung der anderen Niere nicht gemacht werden kann, da hiebei gewöhnlich unverzüglich operiert werden muß.

Die Akten über die Frage der besten Nierenfixationsmethode bei Wanderniere sind noch nicht geschlossen; die Prognose der Operation ist nur dann gut, wenn nicht zugleich allgemeine Enteroptose besteht und wenn Mastkuren und Bandagen ohne Erfolg sind. — Betreffs der großen Zahl verschiedener plastischer Operationen speziell bei Hydronephrosen sei auf das Original verwiesen. — Ein neues Feld, das sich die Nierenchirurgie zu erobern versucht, die operative Behandlung eiteriger Nephritiden und Pyelitiden, ist noch zu wenig ausgearbeitet, als daß man schon sichere Erfolge hätte. Für die Nephrolithiasis, deren Diagnostik durch das Röntgen-Verfahren so große Fortschritte gemacht hat, genügt meist die Nephrotomie mit Steinextraktion, während bei malignen Geschwulsten natürlich nur die Exstirpation in Frage kommt. Dasselbe gilt für die Nierentuberkulose, die ja, entgegen früheren Anschauungen, meist einseitig auftritt; von einer Resektion ist im allgemeinen auch bei scheinbar lokalisierten Prozessen abzuraten, weil, wie die spätere mikroskopische Untersuchung zeigt, gewöhnlich die ganze Niere bereits tuberkulös affiziert ist. — Die Edebohls'schen operativen Heilungen der Nephritiden durch Dekapsulation sind sehr skeptisch aufzufassen, wie Untersuchungen von Israel und Rosenstein bewiesen haben. — (Berl. Klinik, Nr. 204, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die geburtshilfliche Zange. Sollen wir sie nicht ruhig bei jeder Geburt anwenden? Von G. Leavitt.

Vf. malt den gewöhnlichen Geburtsverlauf in schwärzesten Farben. Er schildert das Flehen und Bitten um Hilfe und Erlösung. Die Verzweiflungsschreie der Gebärenden alterieren ganz besonders die Umgebung, und ist es nicht zu verwundern, wenn dieselbe den Kopf verliert und den Mut sinken läßt. Nach Ansicht des Vfs. könnte jeder Geburtsverlauf in seinem Sinne modern gestaltet werden, indem ausnahmslos operativ vorgegangen wird. Ist die erste Geburtsperiode beendet, so wird die Patientin in die Rückenlage gebracht und die Geburt unter dem Schutze der anti- und aseptischen Kautelen instrumentell, zumeist also mit der Zange, beendet. Man sollte jeden Partus wie eine chirurgische Maßnahme betrachten und nicht erst abwarten, bis Gefahr im Verzuge ist. Die Aerzte mögen nur ruhig in jedem Falle, wo die Zeit es erlaubt, die Zange anlegen!! (Unglaublich, wenn man bedenkt, daß der Vf. „Clinical Instructor in obstetrics, university of Minnesota, Obstetrician to the city and county hospital etc. etc." ist. Ref.) Königstein.

Behandlung des Uteruskarzinoms in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Von G. Trotta.

Das Vorgehen bei obgenannten Komplikationen richtet sich ganz danach, ob das Karzinom radikal zu entfernen ist oder nicht. In nicht operablen Fällen ist einzig und allein auf das Leben des Kindes Bedacht zu nehmen, da das der Mutter ohnehin verwirkt ist. Aus diesem Grunde ist die Gravidität solange als möglich zu erhalten und bei Wehenbeginn oder unmittelbar vorher mittels Sectio caesarea (wenn irgend möglich nach Porro) zu beendigen. In allen Fällen jedoch, wo Aussicht auf radikale Heilung besteht (auch bei Infiltration des parametranen Gewebes), ist die sofortige Entfernung der Gebärmutter indiziert ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Gravidität. Vf. ist für die Totalexstirpation per laparatomiam, da dieselbe noch am meisten die Chancen eines radikalen Vorgehens bietet. Behufs Vermeidung einer etwaigen Infektion des Peritoneums durch die verjauchten Krebsmassen empfiehlt Vf., der Laparatomie die Abschabung und Kauterisation des Neoplasmas sowie Desinfektion mit alkoholischer Sublimatlösung vorauszuschicken. Eine Ausnahme bilden nur solche Fälle, in denen die Patienten voraussichtlich diesem schweren Eingriffe nicht gewachsen erscheinen. Da empfiehlt Vf., die Sectio caesarea nach Porro vorzunehmen und nach einigen Tagen den Stumpf vaginal zu entfernen. Von denselben Regeln hat man sich unter der Geburt und im Wochenbett leiten zu lassen, sobald die Diagnose Karzinom sichergestellt ist. — (Arch. di ost. e gin. 1903.) Königstein.

Ueber Geburten nach Symphyseotomie. Von Ihl.

Vf. zieht in vorliegender Arbeit die Frage in Erwägung, ob nicht durch die Vornahme der Symphyseotomie eine dauernde Erweiterung der Geburtswege geschaffen werde und durch letzteren Umstand für etwaige spätere Entbindungen dauernde Vorteile erzielt werden. Vf. bespricht vorerst den Heilungsverlauf nach der Symphyseotomie und bringt dann die Krankengeschichten dreier nach der Symphyseotomie beobachteter klinischer Geburten, welche zeigen, daß die ausgeführte Operation mit dem Endresultate eines Schlottergelenkes für Mutter und Kind von größtem Vorteile waren, denn diese Geburten unterschieden sich in keiner Weise von dem gewöhnlichen Verlaufe bei normalem Becken. Vf. kommt dann auf die in der Literatur verzeichneten Fälle von Symphyseotomie mit nachfolgenden Geburten zu sprechen und betont, wie verhältnismäßig wenig Fälle im Vergleich zu der großen Zahl von vorgenommenen Symphyseotomien registriert sind. Es sind 84 Geburten, von denen 50 spontan verliefen, bei 24 ein zweitesmal die Symphyseotomie vorgenommen werden mußte, 4 mit Wendung und nachfolgender Extraktion, 5 durch

Einleitung der künstlichen Frühgeburt und eine durch Perforation beendet wurde. Im allgemeinen ist der Vf. der Ansicht, daß die Symphyseotomie die folgenden Geburten günstig beeinflußt, indem sie einerseits in vielen Fällen zu einer dauernden Erweiterung der Geburtswege führt, anderseits aber insoferne für den Verlauf der Geburt unterstützend wirken kann, als das, an Stelle des Knorpels getretene Bindegewebe während der Gravidität leichter der Auflockerung unterliegt. Allerdings muß man sich, wie Vf. betont, stets die Folgen des Schlottergelenkes vor Augen halten, und es ist sehr fraglich, ob der Vorteil günstig verlaufender nachfolgender Geburten dem Verluste des Gehvermögens die Wage hält. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1904.)

Königstein.

Der Kaiserschnitt nach seinem heutigen Standpunkte. Von R. Olshausen.

Vf. bringt folgende Technik in Anwendung: Vor der Operation werden zwei Spritzen Ergotin subkutan injiziert. 6—8 cm über der Symphyse beginnt der Längsschnitt durch die Bauchdecken und wird nach oben, so weit es notwendig, geführt. Dann wird die Gebärmutter vorgewälzt, der Sitz der Plazenta festgestellt und der Uterus unter Vermeidung der Plazenta vorne oder hinten sagittal eröffnet. Nach der Extraktion des Kindes wird die Plazenta gelöst und ist darauf zu achten, daß keine Eihäute über dem Os internum zurückgelassen werden. Durch 10—12 Knopfnähte wird der Uterusmuskel geschlossen. Peritoneum und Uterusschleimhaut sind nicht mitzufassen. Darüber wird eine fortlaufende uterine Peritonealnaht gesetzt, welche ein Drittel der Muskulatur mitgreift. Dann wird das Abdomen lege artis geschlossen. Vf. ist der Ansicht, daß der quere Fundalschnitt nach Fritsch keine wesentlichen Vorteile bietet. Wichtig ist es, die Plazentarstelle zu meiden, da man dadurch die Blutung beschränkt. Den Sitz der Plazenta nach Angabe Palms am Verhalten der Ligamenta rotunda zu erkennen, ist nach der Meinung des Vfs. nicht sicher. Dagegen ist die Vorwölbung der Uteruswand an der Stelle des Plazentarsitzes sowie die von außen an der Uteruswand sichtbare Gefäßentwicklung, besonders ein mächtiges Venennetz, ein Merkmal für den Plazentarsitz. Nach den Erfahrungen des Vfs. sind die Gefahren der Luftembolie und Infektion verhältnismäßig gering. Zum Nähen empfiehlt der Vf. Katgut, das eine Viertelstunde lang in alkoholischer Karbollösung bei 75 bis 80° C. gekocht wurde. Ein Aufgehen der Naht ist nicht zu befürchten, wenn fest genug geknotet wurde. Bei vorher nicht infizierten Frauen ist die Gefahr der Sectio caesarea heutzutage keine sehr große. Die Operation soll, wenn irgend möglich, bei der Kreißenden, nicht bei der Graviden, vorgenommen werden. Das kindliche Leben wird durch die Operation nicht gefährdet. Häufig kommt das Kind apnoisch, nicht asphyktisch zur Welt. In diesem Falle zeigt es eine rote, frische Hautfarbe, hat normal frequenten Puls und reagiert auf Reize. Wurde vorher Morphium verabreicht, so kommt das Kind auch in Morphiumnarkose zur Welt. Zumeist ist das enge Becken die häufigste Indikation zur Vornahme der Sectio caesarea. Von 80 Kaiserschnitten in den Jahren 1887—1902 wurden 62 wegen engen Beckens vorgenommen, 18 wegen anderer Anzeigen. Die Mortalität bei ersteren betrug 8%. Wo die Sectio caesarea mit der Wendung und nachfolgenden Extraktion oder der hohen Zange als Konkurrenzoperation in Frage gezogen wird, leistet der Kaiserschnitt mehr, besonders wenn er von vorneherein beabsichtigt und alles darauf eingerichtet wurde. So kann die Symphyseotomie außerhalb geburtshilflicher Anstalten mit der Sectio caesarea nicht konkurrieren. Vf. ist nicht in der Lage, feststehende Normen bezüglich der Grenze der Conjungata vera anzugeben, da sich die Größe der Frucht und die Stärke der zu erwartenden Wehen im vorhinein nicht abschwächen lassen können. Als Indikation der anderen 18 Fälle von Sectio caesarea ist Carcinoma uteri, Eklampsie, Myoma uteri, Nephritis, Stenosis vaginae, Vitium cordis, Vagino fixatio uteri zu nennen. — (Deutsche

Klinik. Berlin. Urban & Schwarzenberg.) Königstein.

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber Ursache und Behandlung bedrohlicher Blutungen nach Abtragung der Gaumenmandeln. Von Dr. Ed. Heuking.

Vf. berichtet über sechs Fälle von schwerer Nachblutung nach Tonsillotomie, bei welchen sich ausnahmslos eine bisher kaum besonders berücksichtigte Quelle der Blutung gefunden hat, nämlich eine Verletzung des hinteren Gaumenbogens in seiner oberen Partie; an der abgetragenen Tonsille fand sich immer ein von dort stammendes Stück Schleimhaut. Vf. erklärt dies durch die Wirkung des Musculus palato-pharyngeus, der im Momente der Operation bei der durch das Anlegen des Tonsillotoms erzeugten Würgebewegung die Tonsille etwas nach außen rotiert, wodurch der hintere Gaumenbogen teilweise in den Bereich des Messers kommt und mit gefaßt wird. Uebrigens wird in solchen Fällen von Nachblutung die Größe des Blutverlustes meistens stark überschätzt. In therapeutischer Hinsicht rät Vf. von allen Versuchen mit Adstringentien u. dgl. ab und empfiehlt sofortige Anwendung der Digitalkompressen, welche ihm immer den gewünschten Erfolg gebracht hat. — (Fraenkels Arch. f. Lar., Bd. 17, H. 1, 1905.) Weil.

Eine Modifikation des Krause'schen Polypenschnürers. Von Dr. A. von zur Mühlen.

Um die lästigen Blutungen beim Entfernen von Hypertrophien aus dem Naseninnern, hauptsächlich bei Abtragung der hinteren Enden der unteren Muscheln, zu vermeiden, hat Vf. am vorderen Ende des Krause'schen Handgriffes eine Schraube anbringen lassen, mittels welcher der die Schlinge tragende Draht festgeklemmt werden kann. Ist das hintere Muschelende gefaßt und die Schlinge fest zugezogen, dann wird die Schraube zugedreht und dadurch die Schlinge fixiert. Nun kann der Handgriff des Polypenschnürers abgenommen werden, während Schlinge und Schlingenführer in der Nase liegen bleiben und bei ihrem geringen Gewichte den Patienten kaum belästigen. Nach mehreren — bis zu zwölf — Stunden, welche der Patient im Ambulanzraume zubringen muß, wird der Handgriff wieder angefügt, worauf die Schraube gelöst und das gefaßte Gewebe völlig durchtrennt wird. Die Blutung ist dann minimal, oft zeigen sich nur einige Tropfen Blut. Es ist wünschenswert, solche Röhren von verschiedener Länge — je nach dem Sitze der Hypertrophie — vorrätig zu haben. — (Fraenkels Arch. f. Lar., Bd. 17, H. 2, 1905.) Weil.

Ueber einen Fall von Fremdkörperextraktion aus den Luftwegen mittels eines Elektromagneten. Von Dr. W. Burk.

Ein drei Jahre altes Kind hatte eine eiserne Schraube aspiriert. Zwei Tage später konnte man bei 39·4° Temperatur eine Erkrankung der ganzen linken Lunge feststellen und im Röntgen-Bilde den Fremdkörper zwischen dem fünften und sechsten Brustwirbel links, dicht neben der Wirbelsäule, sehen, entsprechend der Richtung des linken Hauptbronchus. Es wurde eigens ein Elektromagnet samt Ansatzstück konstruiert, was fünf Tage in Anspruch nahm; die direkte Einstellung des Fremdkörpers im Bronchoskop gelang jedoch nicht und es mußte die Tracheotomia inferior gemacht werden. Inzwischen waren die Lungenerscheinungen zurückgegangen bis auf einen handtellergroßen Bezirk nach oben links von der Herzdämpfung und ein zweites Radiogramm zeigte jetzt den Fremdkörper um einen Wirbel tiefer, etwas weiter nach außen und mehr quer gestellt; er war also offenbar mehr in einen Seitenbronchus gerückt. Mit dem Bronchoskop konnte er wieder nicht direkt eingestellt werden; mit dem noch 2 cm tiefer eingeführten Elektromagneten wurde er sofort mühelos extrahiert und das Kind genas.

Vf. meint, daß die Extraktion durch den Elektromagneten allein, bei Tappen im Dunkeln, kaum gelungen wäre, daß aber eventuell die Bronchoskopie bei metallischen Fremdkörpern durch die Röntgen-Durchleuchtung ersetzt werden

könnte, da sowohl dieser als der Elektromagnet während der Extraktion so der Kontrolle des Auges zugänglich gemacht werden könnten. — (Fraenkels Arch. f. Lar., Bd. 17, H. 1, 1905.) Weil.

Das histologische Verhalten des Paraffins zum lebenden Gewebe des Menschen. Von Dr. Eschweiler.

Das Verhalten des injizierten Paraffins im tierischen und speziell im menschlichen Organismus wurde schon verschiedenen Untersuchungen unterzogen, besonders auch von Rhinologen, da für diese wegen der häufigen Anwendung von Paraffininjektionen zur Korrektur von Sattelnasen diese Frage ein besonderes Interesse bietet. Die Ergebnisse waren verschiedene. Moskowicz kommt zu dem Schlusse, daß Paraffin beim Menschen überhaupt nicht resorbiert wird. Albert E. Stein meint, daß bei Hartparaffin die Reaktion des Gewebes eine andere ist, als bei Weichparaffin. Bei ersterem treten kleinzellige Infiltration, vielkernige Riesenzellen und Fibrinablagerungen in der Nachbarschaft des Paraffinblocks auf und schließlich kommt es zur Umhüllung desselben mit einer Kapsel von festem fibrösem Bindegewebe. Beim Weichparaffin wandern langsam Leukozyten vom Rande her in das Innere desselben ein, es bilden sich Züge von Spindelzellen, denen kleine Gefäße folgen und so entsteht schließlich ein Maschennetz von fibrösem Dauergewebe, das die Masse durchsetzt.

Vf. hat aus einer Paraffinprothese einer Sattelnase einen Teil nach 15monatlichem Bestande exzidieren müssen; nach längerem Verweilen einiger Schnitte im Wasser von 60° C. konnte mikroskopisch nicht das geringste Zerfließen des Paraffins nachgewiesen werden, also hatte dieses einen sehr hohen Schmelzpunkt gehabt. Die Untersuchung nach mehreren Methoden zeigte aber einen Zerfall in kleine und kleinste Alveolen und Bildung von Bindegewebsbrücken, gerade so wie beim Weichparaffin angegeben wurde. Vf. findet aber verschiedene Stadien der Gewebsneubildung nebeneinander, so auch rundliche Bezirke von der Größe und Form der Paraffinalveolen, welche mit epithelialen Zellen ausgefüllt sind, deren Kern groß und bläschenförmig ist und zwischen welchen deutliche Reste von Riesenzellen zu sehen sind; zweifellos sind diese Stellen früher einmal paraffingefüllte Alveolen gewesen. Vf. hält es also für sicher, daß das Paraffin allmählich verschwindet und durch Bindegewebe ersetzt wird; ob es mit der Zeit löslich gemacht oder in feinsten Teilchen wegtransportiert wird, ist noch nicht zu entscheiden, — (Fraenkels Arch. f. Lar., Bd. 17, H. 1, 1905.) Weil.

Aethylchloridnarkose in der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis. Von Dr. R. Neuenborn.

Die Zahl der für kurzdauernde Narkosen, wie sie in den genannten Spezialfächern so häufig angewendet werden, empfohlenen Mittel ist ziemlich groß, ein Zeichen, daß eigentlich kein einziges derselben bis jetzt seinen Zweck voll und ganz erfüllt hat. Ein solches Mittel soll möglichst gefahrlos sein, vom Organismus rasch aufgenommen (rasch eintretende Narkose) und ebenso rasch wieder eliminiert werden (rasches Erwachen) und keine unangenehmen Nebenerscheinungen verursachen. Vf. empfiehlt auf Grund von etwa 400 Fällen das Aethylchlorid oder Kelen sehr warm; doch hängt das gute Gelingen der Narkose sehr von der Uebung des Narkotiseurs ab. Am besten ist eine gewöhnliche Esmarch'sche Chloroformmaske, nur muß der Gazeüberzug 6—8fach genommen werden, da sonst der Strahl des Aethylchlorids durchspritzt und auf das Gesicht oder in den Mund des Patienten gelangt. Wenn man bei offenem Lichte arbeitet, bildet sich leicht Salzsäuregas, deshalb kann man auch gleich einen Fensterflügel öffnen. (Zu große Nähe der Flamme ist selbstverständlich zu vermeiden. Ref.) Da häufig Tonus der Kaumuskulatur auftritt, klemmt Vf. erst einen kleinen Mundsperrer zwischen die Zähne; dann läßt er einige Atemzüge durch die Maske machen und spritzt dann das Mittel vorsichtig auf. Oft tritt schon nach den ersten Atemzügen Schwindelgefühl, Verlust des Orientierungsvermögens und vollständige Bewußtlosigkeit ein, ohne nennenswerte Ex-

zitation; die Patienten scheinen ruhig zu schlafen.

Der Anfänger gibt leicht zu viel Aethylchlorid; bei Kindern genügen ½—2 g, Frauen brauchen 2—5 g, Männer bis 10 g, je nach Beschaffenheit, speziell Alkoholgenuß des einzelnen. Alkoholiker, hysterische, nervöse und aufgeregte Patienten eignen sich nicht sehr für die Aethylchloridnarkose; bei letzteren kann man durch gütliches Zureden noch ein gutes Resultat erzielen. Anderseits hat Vf. schwere Phthisiker und Herzfehler ohne Anstand narkotisiert. Auf den leeren Magen braucht man nicht zu reflektieren; Vf. hat meistens nach dem Mittagessen operiert, ohne auch nur ein einzigesmal Erbrechen gesehen zu haben. Er operiert in sitzender Stellung.

Man sieht zunächst eine zitternde Bewegung der oberen Augenlider, die Pupillen erweitern sich rasch ad maximum; das Gesicht wird meist gerötet ohne Zyanose. Puls und Atmung zeigen normale Frequenz, selten eine geringe Steigerung derselben. Dann wird das Auge starr und dies ist der richtige Zeitpunkt für die Operation, 30 bis 75 Sekunden vom Beginne der Narkose an. Dabei sind die Reflexe nicht erloschen, die Muskulatur nicht erschlafft.

Ein nennenswertes Exzitationsstadium ist nicht vorhanden und nur dann, wenn man zu viel Aethylchlorid auf einmal aufspritzt. Ueble Nebenwirkungen hat Vf. nie beobachtet, wobei allerdings zu bemerken ist, daß es sich immer nur um kurzdauernde Narkosen gehandelt hat. Auffallend lange bleibt das Gehör erhalten. Wenn schon völlige Bewußtlosigkeit eingetreten ist, reagieren die Patienten oft prompt auf Zuruf, man kann mit ihnen sprechen und doch ist völlige Analgesie vorhanden und hinterher auch Amnesie.

Das Erwachen erfolgt sehr rasch und die Patienten können sofort allein nach Hause gehen — ein großer Vorzug für Sprechstundenoperationen; auch können sie gleich Nahrung zu sich nehmen. — (Fraenkels Arch. f. Lar., Bd. 17, H. 1, 1905.) Weil.

Dermatologie.

Lokale Lupustherapie. Von Grillo La Rocca.

Empfehlung der Injektion von Sublimat in die Kutis hinein, sehr verdünnt beginnen, bis zu 1% steigen, jedesmal einige Tropfen. — (Gazz. degli ospedali, 30. März 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Zur Behandlung des Schweißfußes. Von Dr. Fischer.

Unter den zahlreichen Mitteln, welche gegen die Hyperidrosis ped. ins Feld geführt werden, gibt Vf. dem Vasenolformalinpuder das beste Zeugnis. (In Siebdeckel-Blechbüchsen à 100 g.) Nach tüchtigem Abreiben des Fußes mit einem 1%igen Salizylspiritus wird der Fuß mit dem Puder gut eingerieben, wobei besonders die Haut zwischen und unter den Zehen zu berücksichtigen ist.

Auch in die Fußbekleidung soll etwas Formalinpuder eingestreut werden. Der üble Geruch weicht alsbald, die Haut trocknet unter schwärzlicher Verfärbung der Hornschicht und lamellöser Abstoßung der oberen Schicht gut ab. Die Behandlung ist nach 8 Tagen beendet. Das Einlegen von Filtrierpapiersohlen oder Beyersdorfs hygienischen Trolasohlen oder Schwammschweißsohlen ist angezeigt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1905.)

N.

Operationslose Behandlung der Angiome. Von M. Neumann.

Die erfolgreiche Behandlung von 700 Fällen bestimmt Vf., einem Verfahren Begleitworte zu widmen, das aus der Wiener Schule hervorgegangen, in der alles erobernden Aera der chirurgischen Intervention, gleich anderen brauchbaren Behelfen, vom Schauplatz der ärztlichen Tätigkeit verschwand; es ist das die Chlorzinkätzung. Vf. legt auf das Angiom einen gefensterten Heftpflasterstreifen derart, daß die zu behandelnde Stelle in dem Fenster zutage liegt; diese Stelle wird mit: Rp. Zinkchlorat pur. sicc. 5—10 Collod. elast. dupl. ad 100 M. f. emulsio. D. S. Täglich umge-

schüttelt, mit einem Haarpinsel aufzutragen, gepinselt. Sollte die aufgetragene Menge Chlorzink nicht ausgereicht haben, um das ganze Angiom auf einmal zu mortifizieren, so streicht Vf. von Acid. Arsenicus. Sulf. depurat. aa 4·0, Ung. Cerei ad 100 auf ein Gazestückchen und legt dies auf die Angiomreste. Nachdem dieser Verband 48—72 Stunden gelegen hat, sind die Angiomreste völlig nekrotisiert und man kann sodann das mortifizierte Angiom mit dem scharfen Löffel herausholen. Subjektive Beschwerden sind nur bei größeren Behandlungsflächen vorhanden, von über Markstückgröße an. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 23, 1905.) N.

Die kosmetische Behandlung der Blatternarben mit Vaselin und Oelvaselin. Von Dr. R. Stegmann.

Vf. war vor die heikle Aufgabe gestellt, Blatternarben auf der Stirne, besonders stark in der Schläfengegend, ferner auf den tief eingesunkenen Wangen und auf dem Kinn zu kosmetischem Ausgleich zu bringen. Vf. injizierte zunächst in die beiden Fossae caninae, möglichst nahe dem Knochen, je 2 cm³ Vaselin, wodurch die ganze Wangenpartie gespannt wurde; ein weiteres Depot von 1 cm³ Vaselin wurde in die Kinngegend, ebenfalls nahe dem Knochen, verlegt. Diese Eingüsse reinen Vaselins bildeten harte Unterlagen für die nun folgenden Oelvaselin-Injektionen (1 Teil Ung. paraffini, 4 Teile Olivenöl). In diesem Falle wurden im ganzen in sieben Sitzungen, die jeden zweiten Tag erfolgten, 5 cm³ Vaselin und 20 cm³ Oelvaselin injiziert. Der Effekt war der, daß das auffallend magere Gesicht in ein normales (sagen wir scheinbar normales) verwandelt wurde, und daß an manchen Stellen von den Blatternarben nichts mehr zu sehen war als eine ganz geringe Pigmentation. Das Kinn, vorher grubig vertieft, ließ gleich der Schläfenregion nichts Pathologisches mehr erkennen.

Bei diesem Erfolge ist, wie dies ja Vf. auch zugesteht, der Schwerpunkt auf die abnorme Magerkeit des Gesichtes zu legen, indem mit der Wölbung des eingezogenen Profils naturgemäß auch eine Abflachung der durch die Vaselinmassen komprimierten Narben einherging. Auf diesen Umstand seien Nachprüfer des Verfahrens (in der gleichen Anzeige) besonders aufmerksam gemacht. Bei den gewöhnlichen Narbenfeldern, welche in dichter und diffuser Ausbreitung die Wangen, Stirne, Nase etc. bedecken oder in kleineren Gruppen die Kontinuität des Integuments verunzieren, ist von den Vaselininjektionen leider nicht viel zu erwarten. Vergegenwärtigt man sich den typischen Bau der Variolapusteln, die durch ein regelrecht angelegtes Leistensystem nekrotischer Epithelzüge einen kunstvollen Fächeransatz erhalten, so lernt man auch einsehen, daß die im Bereiche der grubigen Narbenfelder situierten Einsenkungen von einander völlig abgeschlossen sind und von einer gemeinsamen Injektionsstelle aus nicht in die Höhe gehoben werden können. Es würde sich demnach die Aufgabe herausstellen, jedes der kleinsten Grübchen für sich mit der Mischung zu unterpolstern, eine Arbeit, die, abgesehen von der unendlichen Mühe und Sorgfalt, welche sie erheischt, schon aus dem Grunde für die Praxis nicht ausführbar erscheint, weil die fest dem Korium adhärenten rigiden Narbendecken der Hebung resp. Dehnung überhaupt nicht zugänglich sind und viel eher nekrotisch zerfallen, als dem Drucke und der Spannung nachgeben. Nach der Richtung ist der Vaselininjektion eine Grenze gesteckt, die, ohne üble Erfahrungen zu gewärtigen, nicht überschritten werden kann. (Ref.) — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 13, 1905.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Das Helmitol in der Behandlung gonorrhoischer Affektionen. Von G. Franceschini.

Vf. rühmt das Helmitol als bewährtes Mittel gegen die gonorrhoischen Uretritiden und Zystitiden. Es wird selbst vom schwachen Magen gut ertragen, ist auch in hohen Dosen ungiftig, desinfiziert den

Harn vorzüglich, wirkt diuretisch, schmeckt angenehm, wirkt sedativ. — (Gazz. degli ospedali, 28. Mai 1905.)
M. Kaufmann, Mannheim.

Neuer klinischer Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Jodgelatine „Sclavo". Von M. Pergola.

In diesem Falle lag die Infektion schon ein Jahr zurück. Die subkutan injizierte Jodgelatine wirkte ebenso wie in den schon beschriebenen Fällen. 48 Stunden nach der ersten Injektion war im Urin Jod nachzuweisen und blieb daselbst bis 3—4 Tage nach der letzten nachweisbar. — (Gazz. degli ospedali Nr. 46, 1905.)
M. Kaufmann, Mannheim.

Die Wirkung der Jodgelatine „Sclavo" auf das Blut von Syphilitischen. Von M. Pergola.

Die Versuche erstrecken sich auf sechs Fälle nicht vorbehandelter, sekundärer Syphilis. Ein Fall erhielt das Präparat subkutan (täglich 5 cm^3 2%iger Jodgelatine), die andern per os (dreimal täglich einen Teelöffel, einer später bis dreimal täglich einen Eßlöffel). Als Folge der Syphilis war besonders eine Verarmung an Hb festzustellen, während eine Erythrozytenverminderung nur selten vorhanden war. Die Leukozyten erwiesen sich im ganzen als normal, ebenso die Blutdichte. Die Anwendung der Jodgelatine bewirkte eine Vermehrung des Hb, zunächst eine Vermehrung, später eine Verminderung der Erythrozyten, eine Verminderung der Leukozyten, eine Vermehrung der Eosinophilen und Mononukleären. Dabei Vermehrung des Körpergewichtes, keine Symptome von Jodismus, Verschwinden der syphilitischen Manifestationen, besonders rasch bei der subkutanen Injektion. — (Riv. crit. di Clin. Med. Nr. 20—22, 1905.) M. Kaufmann, Mannheim.

Kinderheilkunde.

Tuberkulose im Kindesalter.

In einer Rede legte Sir William Broadbent dar, wie ungenügend die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose der Kinder sei. In den städtischen Krankenhäusern liegen solche Kranke monatelang ohne Nutzen und versperren nur geeigneteren Fällen den Platz. Nötig ist eine, nach Dr. Ménard zirka dreijährige systematische Behandlung mittels guter Ernährung und frischer Luft in einem Sanatorium, wie es z. B. von der Stadt Paris in Berck sur mer errichtet worden ist. Jede große Stadt müßte solche Hospitäler an der See bauen, und zwar wären auf jede Million Einwohner 1000 Betten zu rechnen. Auch zu Tuberkulose prädisponierte Kinder gehören dahin. Des weiteren trat der Redner in Hinsicht auf ein vom britischen Agrikultur-Ministerium erlassenes Zirkular, in dem einige Erleichterungen für die Milchhändler gefordert werden, energisch dafür ein, daß die Vorsichtsmaßregeln bei der Gewinnung der Kindermilch nicht eingeschränkt werden, so lange es noch unmöglich ist, etwas Sicheres über die Gefahr der Rindertuberkulose zu sagen. — (The Brit. Med. Journ., Nr. 2312, 1905.)
Einstein, Stuttgart.

Untersuchungen über die Pathogenese der serotherapeutischen Nebenwirkungen. Von Marfan und Le Play.

Bei der Nachprüfung der Ergebnisse von Hamburger und Moro, welche in Fällen von Serum-Exanthemen das Auftreten von Präzipitinen im Blut des Injizierten festgestellt hatten, fanden Vf. folgendes: Präzipitine sind nicht nachzuweisen, wenn nach der Seruminjektion kein Exanthem auftritt, sie fehlen auch bei den skarlatiniformen und morbilliformen, allgemeinen, fieberhaften Erythemen, die früher fälschlicherweise auf das Konto der Seruminjektion gesetzt wurden. Bei den unzweifelhaft durch das Serum verursachten Formen von Urtikaria, von flüchtigen, lokalisierten Erythemen und von Arthralgieen und Myalgieen dagegen findet sich das Präzipitin wenigstens in den schwereren Fällen. In den leichteren ist es nach Ansicht der Vf. wohl auch vorhanden, aber in so geringer Menge, daß es durch unsere groben Methoden nicht nachgewiesen werden kann.

Die von Arthus beim Kaninchen

stets konstatierte Steigerung der Empfindlichkeit nach Wiederholung der Injektionen ist beim Menschen nur in dem Falle zu finden, wenn man die Einspritzung sofort nach Erscheinen eines ausgedehnten, fieberhaften Serum-Exanthems, bei dem Präzipitine nachzuweisen waren, wiederholt. Es entsteht dann innerhalb 24 Stunden in der Umgebung der neuen Injektionsstelle ein entzündliches Oedem, das sich bis an die benachbarten Drüsen erstrecken kann, sich aber niemals in eine allgemeine Urtikaria verwandelt. Wahrscheinlich handelt es sich hier um eine sofortige Präzipitation des eingespritzten Serums im subkutanen Gewebe.

Beim Menschen verstärken sich die Nebenwirkungen nicht progressiv mit der Häufigkeit der Injektionen; man kann also bei ihm von keiner Hypersensibilisation oder wie Richet es nannte: Anaphylaxis (d. h. Umkehrung der Schutzwirkung) sprechen. — (Revue franç. de méd. et de chir., 29. Mai 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Sporadischer Kretinismus. Beobachtungen auf Grund von 16 persönlichen Fällen. Von E. Mather Sill in New-York.

Kretinismus („crétinisme idiotic avec cachexie pachydermique" der Franzosen, „infantiles Myxödem" der Engländer) „ist ein Zustand unvollkommener geistiger Entwicklung oder Idiotie mit einem gleichzeitigen Mangel körperlicher Entwicklung oder einer Formveränderung des Körpers mit deutlichem Mißverhältnis zwischen den verschiedenen Körperteilen, verursacht durch ungenügende oder vollständig fehlende Sekretion der Schilddrüse". Die Krankheit ist angeboren oder entsteht im Kindesalter; vom Myxödem der Erwachsenen, bei dem ein einfacher Stillstand der körperlichen und geistigen Entwicklung eintritt, ist sie zu unterscheiden. Die Trennung zwischen endemischer Form mit vorzeitiger Schädelbasisverknöcherung und sporadischer Form mit Myxödem ist künstlich. Die Ursache der Krankheit liegt in dem vollständigen Fehlen oder irgend einer Störung der Schilddrüsenfunktion, welche Vf. mit Mendel und Patterson für eine antitoxische oder neutralisierende, regulierende hält.

Weibliche Kinder sind häufiger befallen als männliche, oft sind mehrere Geschwister erkrankt, häufig sind es Kinder, die aus Verwandtenehen entsprossen sind. Die Kretinen selbst sind meistens steril. Der Zusammenhang des Kretinismus mit Infektionskrankheiten ist noch unklar.

Die Symptome sind: frühzeitiges Stehenbleiben im Wachstum, plumpe Extremitäten, leichte Lordose, allgemeine Verdickung, Kühle und Trockenheit der Haut, die anämisch oder auch eigentümlich braungelb aussieht, weit auseinanderstehende Augen, stumpfe Form der Nase, offener breiter Mund, der häufig die verdickte Zunge heraussehen läßt, spätes Erscheinen der Zähne. Temperatur, Puls und Respiration sind subnormal. Das psychische Verhalten ist stumpf, inaktiv, oft scheu, mißtrauisch und eigensinnig, die Kinder lachen selten, schlafen viel. Stehen und Gehen wird erst sehr spät gelernt.

Die Diagnose ist nicht schwierig. Rachitis, infantile Fettsucht, Zwergwuchs, Achondroplasie, renale und kardiale Oedeme, Lipomatose und Mongolismus kommen differentialdiagnostisch in Betracht.

Die Therapie ist sehr wirksam und muß möglichst frühzeitig einsetzen. Vf. gibt anfangs täglich 0·06 g des festen Schilddrüsen-Extrakts und steigt dann allmählich mit der Dosis, bis Temperatur oder Puls ansteigen; dann gibt er die vorher gerade noch ertragene Menge. Die Kinder ertrugen bis 0·9 g täglich gut. Bei Zurückgang der Krankheitssymptome genügen wöchentlich 2—3 Gaben von 0·3 g, die Behandlung muß aber lebenslang fortgesetzt werden. — (Medic. News, 6. Mai 1905.)

Einstein, Stuttgart.

II. Diagnostik.

a) Herz.

Ein Beitrag zur Lehre von den akzidentellen Herzgeräuschen. Von Heinrich Kappe.

Es lassen sich zwei große Klassen von akzidentellen Geräuschen aufstellen:

I. Geräusche, die am Herzen entstehen und bei Anämie und ähnlichen Zuständen vorkommen. Sie können
1. systolisch,
2. diastolisch sein.

II. Geräusche, die außerhalb des Herzens entstehen. Man kann sie einteilen:

A. Nach den Phasen der Respiration, resp. Herzaktion, und zwar:
a) bezüglich der Respiration in
1. inspiratorische,
2. exspiratorische (selten);
b) bezüglich der Herzaktion in
1. systolische,
2. diastolische (sehr selten).

B. Nach dem akustischen Charakter:
a) mit schlürfendem rauhen Charakter,
b) dem Knittern, Knattern oder Rasseln ähnlich,
c) mit hauchendem Charakter,
d) den Reibegeräuschen ähnlich.

C. Nach ihrer Lokalisation. Sie sind zu hören:
a) über dem Luschka'schen Lappen,
b) über dem linken (oder sehr selten dem rechten) Oberlappen,
c) über dem ganzen Bereich des Herzens Perikarditis). — (Diss., Leipzig.)

F. L.

b) Magen und Darm.

Ueber Magen- und Darmtätigkeit bei Diabetes mellitus. Von Charles I. Fauconnet. (Aus der med. Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr.)

Bei Diabetes mellitus sind in den meisten Fällen die Magenfunktionen gestört; diese Störungen können sehr hochgradig werden und sowohl die motorischen als die sekretorischen Leistungen des Magens betreffen; es handelt sich dabei meist um schwere Fälle. Am häufigsten handelt es sich um Hypermotilität ohne oder mit Störungen der Sekretion (Fehlen der freien HCl, Hypazidität, Hyposekretion [Sahli]). Ausnahmsweise sind diese Störungen schwerer Natur und hängen dann wahrscheinlich mit atrophischem Magenkatarrh zusammen. Die Störungen sind die Folgen des erhöhten Stoffwechsels und der vermehrten Nahrungszufuhr. Zur Vermeidung erheblicher Magenstörungen empfiehlt es sich, das Kostmaß der Diabetiker möglichst einzuschränken. Nach den Ergebnissen des Jodoformglutoidversuches scheint die Pankreasfunktion (Sekretion des Trypsins) keine Beeinträchtigung erfahren zu haben. — (Diss., Genf 1904.)

F. L.

Ueber Kontusionen des Abdomens. Von Alexander Lehmann.

Von wesentlicher Bedeutung ist unter den Symptomen einer Bauchkontusion der Eintritt einer Peritonitis. Man kann zwei verschiedene Arten unterscheiden: einmal die reaktive, nicht septische, die im wesentlichen auf den mechanischen Reiz des Peritoneums zurückzuführen ist, sodann aber die eigentliche Rupturperitonitis, die bedingt wird durch den Austritt von Magen-, Darm- oder auch Blaseninhalt, und die dadurch hervorgerufene Infektion des Bauchfelles. Was den Zeitpunkt des Eintretens der Peritonitis betrifft, so ist dieser durchaus verschieden. Er hängt ab von dem Füllungsgrade des betreffenden Organs, von der Konsistenz des Inhaltes, sowie von der Größe und Art der Ruptur, oder, falls eine Kontusion des Intestinaltraktus mit schwerer Nekrotisierung stattgefunden hat, von dem Zeitpunkte der Losstoßung des nekrotischen Stückes. Daraus folgt, daß die Peritonitis sowohl sich ziemlich unmittelbar an das Trauma anschließen kann, so daß beispielsweise die Symptome des Shoks in die der Peritonitis übergehen, als auch, daß erst einige Zeit verstreichen kann, ehe der Patient, der sich von den Shokerscheinungen erholt hat und sich



subjektiv wieder wohler fühlt, nunmehr von dem Eintritt der Peritonitis betroffen wird, die sich z. B. dadurch entwickelt, daß durch eine Rupturöffnung ein Stück konsistenteren Darminhaltes sich in die Bauchhöhle entleert oder daß, wie es bei Totalrupturen vorkommen kann, der Darminhalt den durch die Eversion der Mukosa, sowie durch Kontraktion der Darmmuskulatur bewirkten Abschluß des Darmlumens überwindet und in die freie Bauchhöhle hinaustritt. Das Vorhandensein der Peritonitis verrät sich dem Beobachter durch große Schmerzhaftigkeit, die sich manchmal anfangs auf den Ort der beginnenden Infektion erstreckt, später aber sich über den ganzen Unterleib verbreiten kann, wobei sie an Intensität immer mehr zuzunehmen pflegt. Außerdem besteht Auftreibung des Abdomens (eventuell unter Verschwinden der Leberdämpfung), Erbrechen, Singultus, Stuhl- und Harnverhaltung, von denen jene durch Darmlähmung ihre Erklärung findet, während man für diese den Grund wahrscheinlich in der Niere selbst zu suchen hat, und sie dementsprechend als „reflektorische Ischurie“ erklärt. Ansteigen oder auch manchmal Abfallen der Temperatur mit Kollaps, kleiner, jagender, oft fadenförmiger Puls, flache, oberflächliche Respiration, Auftreten großer Aengstlichkeit sind jedenfalls ziemlich konstante Befunde. Von den Symptomen einer inneren Verblutung sind die der Peritonitis im wesentlichen dadurch unterschieden, daß bei jenen die Zeichen der schnell zunehmenden Anämie mehr in den Vordergrund treten und eine rasche Zunahme erfahren. Frühzeitiges Auftreten von gedämpftem Schall oberhalb der Symphyse spricht nach Petry entscheidend für Blutung.

Es ist nun nicht immer der Fall, daß die Peritonitis einen diffusen Charakter beibehält und zum Exitus führt. Es kommt auch in einzelnen Fällen vor, daß die Allgemeinerscheinungen sich bessern und nur auf eine umschriebene Stelle des Abdomens die Peritonitis sich beschränkt. An dieser Stelle läßt sich perkuttorisch Dämpfung nachweisen. Sie fühlt sich etwas gespannter und resistenter an, als das übrige Abdomen, wölbt sich mit der Zeit vor und schließlich erfolgt nach außen der Durchbruch von Eiter, an den sich die Entleerung von Stuhlgang aus der neuen Oeffnung anschließt. Es handelt sich um den Ausgang der lokalen Peritonitis in einen Kotabszeß und Anus praeternaturalis, einen immerhin günstig zu nennenden Ausgang. — (Diss., Freiburg i. Br., 1904.) F. L.

Lokalisation, Perforation und Diagnose der perityphlitischen Abszesse. Von Curt Neubert.

In den Schlußausführungen seiner fleißigen Arbeit berichtet Vf. über die verschiedenen Symptome, die auf das Vorhandensein einer perityphlitischen Eiteransammlung mit einiger Sicherheit schließen lassen. In den Fällen, in denen man an irgend einer Stelle der Bauchhöhle durch Perkussion, durch Palpation oder schon durch bloße Inspektion einen perityphlitischen Tumor wahrnimmt, wird es nicht schwer sein, zumal wenn ein Oedem oder eine Verfärbung der Haut hinzutritt, durch Nachweisen elastischer Spannung, Fluktuation oder durch Probepunktion, Eiter festzustellen. Aber oft genug kommt es vor, daß ein an Blinddarmentzündung erkrankter Patient scheinbar genesen, ein vielleicht vorhanden gewesener Tumor verschwunden ist und trotzdem liegt irgendwo von den Organen verborgen, und so auch der genauesten Untersuchung entzogen, ein Abszeß, eine stete Gefahr für den Kranken.

Ob sich aus dem Verhalten der Temperaturen sichere Schlüsse ziehen lassen, wie es namhafte Autoren aus statistischen Zusammenstellungen versuchen, läßt Vf. unentschieden. Im allgemeinen kann man annehmen, daß es einen regelmäßigen Fiebertypus bei der Bildung eines perityphlitischen Abszesses nicht gibt. Jedoch in den Fällen, wo nach 4—5 Tagen die Temperatur keine Tendenz zum Abfall zeigt, ist in der Regel Eiterbildung anzunehmen. Oft bleibt das Fieber ganz aus. Das Verhalten des Pulses ist in der Regel demjenigen der Temperatur parallel, eine abnorme Beschleunigung desselben deutet

auf stärkere Intoxikation, wenn sie nicht einfach in späteren Stadien der Krankheit auf Anämie und Abschwächung des Patienten zurückzuführen ist. Der Urin ist fast stets spärlich, dunkel und enthält oft, ein reichliches Uratsediment bildend, größere oder kleinere Mengen Indikan und andere aromatische Verbindungen. Auch Eiweiß und Albumosen werden nicht selten im Harn nachgewiesen. Der Appetit, der anfangs gänzlich darniederliegt, sich aber mit dem Rückgängigwerden der Erscheinungen bald wieder einstellt, fehlt bei progredienten Eiterungen dauernd. Der Durst ist gewöhnlich bedeutend. Die Stuhlgänge sind meist retardiert, nur bei schweren eiterigen Prozessen pflegen auch Diarrhöen aufzutreten.

Eines der sichersten Merkmale für das Vorhandensein eines Abszesses ist der Nachweis höherer Leukozytosen, wie Curschmann in einer Arbeit nachgewiesen hat. Wird der Abszeß vollständig entleert, so sinkt die hohe Ziffer der Leukozyten sofort. Bleibt sie bestehen, so sind Verhaltungen oder weitere Abszesse vorhanden. Ein längere Zeit bestehender Eiterherd führt zur Anämie, zu Prostrations-, unter Umständen zu leichten pyämischen Erscheinungen. Aufrecht hat letzteren Fall bei einer 52-jährigen Frau gesehen, die mit nur geringer Schmerzhaftigkeit und geringem Erbrechen erkrankt war. Anfangs war der Verlauf sehr günstig, das Exsudat sehr gering, eine Resistenz in der Tiefe der rechten Unterbauchgegend nur undeutlich zu fühlen. Es stellte sich nach 14tägiger Dauer der Krankheit wiederum Erbrechen ein, das sich weiterhin öfters wiederholte, irreguläre Schüttelfröste traten auf, der Appetit ließ fast ganz nach. Patientin kam immer mehr von Kräften, das Fieber war unregelmäßig, aber nicht hoch. Plötzlich, am Ende der vierten Woche, wurde Eiter mit dem Stuhlgang entleert und fast mit demselben Moment trat die Kranke in das Stadium der Rekonvaleszenz ein. Hie und da treten auch Ileuserscheinungen auf, bestehend in Meteorismus, fäkalem Erbrechen, Kollapsen, dadurch bedingt, daß der perityphlitische Abszeß eine fixierte Darmschlinge komprimiert. Daß bisweilen die dem Tumor benachbarten Nerven mitleiden, zeigt das auftretende Symptom des Gefühls von Taubsein, Ameisenkriechen u. s. w. in den von ihnen versorgten Partien, ja sogar wahre Neuralgien können auftreten. Kompressionen der größeren Venen haben Stasen und Oedeme in deren Wurzelgebieten zur Folge.

Alle diese Symptome weisen direkt oder indirekt auf das Vorhandensein eines perityphlitischen Abszesses hin, und die einzige Therapie ist dann eine Operation. Selbst in den Fällen, wo es dem Arzte trotz eingehender Untersuchung, trotz aller Kenntnis, wo sich überall ein solcher Abszeß lokalisieren kann, nicht gelingt, den Sitz des Eiterherdes zu ermitteln, und wo ihn nur sehr wenige Symptome zu der Annahme eines solchen veranlassen, selbst dann darf er angesichts der großen Gefahren, die ein perityphlitischer Abszeß in sich birgt, keinen Augenblick zögern, den seiner Behandlung anvertrauten Patienten dem Chirurgen zu übergeben. (Diss., Leipzig 1904.) F. L.

„Bemerkungen zur Diagnose, Prognose und Therapie" lautet der Titel des Schlußkapitels der Arbeit von Werner Hopff: **Ueber die Ursachen des Ileus mit besonderer Berücksichtigung der Kompression des Darmes an der Duodenojejunalgrenze durch die Mesenterialwurzel.** (Marburg 1904.)

Die Diagnose des mesenterialen Darmverschlusses ist eine nicht allzu schwierige. Sind die Krankheitserscheinungen im Anschluß an eine in Chloroformnarkose vorgenommene Operation aufgetreten, so könnte das nach der Operation eintretende Erbrechen zunächst als Chloroformerbrechen gedeutet werden. Gegen das Erbrechen aus dieser Ursache spricht häufig schon der Umstand, daß das Erbrechen erst 1—2 Tage nach der Operation einsetzt, ferner, daß, wie im Falle des Vfs., zwischen den einzelnen Brechakten große Intervalle liegen.

Der bald eintretende Kollaps, die hohe Pulsfrequenz bei normaler, bezw. subnormaler Temperatur, das Verhalten der Darmfunktion müssen jedoch bald den

Verdacht auf einen Darmverschluß aufsteigen lassen, und zwar weist der fehlende oder nur sehr geringe Meteorismus der unteren Partien des Leibes und die Zusammensetzung des Erbrochenen auf einen hohen Darmverschluß hin. Das Erbrochene besteht aus zunächst stark galliger, späterhin bräunlich gefärbter Flüssigkeit von nicht fäkulentem Charakter. Fäkulentes Erbrechen würde auf einen Darmverschluß in tiefer gelegenen Partien des Darmtraktus schließen lassen. Für die Diagnose des duodenalen Darmverschlusses ist neben dem reichlichen galligen oder bräunlichen nicht fäkulenten Erbrechen als besonders wichtig die Magendilatation hervorzuheben, die man mit allen zu Gebote stehenden Mitteln, durch Inspektion, Perkussion, Palpation, Nachweis von Plätschergeräuschen und Magensonde festzustellen suchen muß.

Das Krankheitsbild bei mesenterialem Darmverschluß könnte am ehesten mit dem bei Peritonitis verwechselt werden. Gegen Peritonitis spricht jedoch der in den meisten Fällen völlig fehlende Meteorismus, der auf Druck unempfindliche, weiche, wenig gespannte Leib, sowie eventuell noch die normale bezw. subnormale Temperatur, die bei Peritonitis häufig erhöht ist. Dieselben Gründe, die sich gegen das Bestehen einer Peritonitis geltend machen lassen, schließen auch die Annahme einer Pankreasnekrose aus, die in ihrem Verlaufe vielfach ähnliche Symptome darbietet wie sie bei mesenterialem Darmverschluß zu beobachten sind. Bei Pankreasnekrose treten neben Meteorismus sehr starke Druckempfindlichkeit und heftige Schmerzen speziell in dem Epigastrium auf, die beim duodenalen Darmverschlusse bisher in höherem Grade nicht wahrgenommen sind. Weiterhin können differentialdiagnostisch in Betracht kommen eine Einklemmung des Darmes im Foramen Winslowii, sowie eine Obturation der obersten Darmabschnitte durch Gallensteine. Bei Inkarzerationen im Foramen Winslowii handelt es sich stets um Darmstücke, die jenseits der Duodenojejunalgrenze liegen, und zwar nach Nothnagel meistens um Teile des Ileums. Bei Darmverschluß in tiefer gelegenen Abschnitten des Darmtraktus tritt in der Regel im weiteren Verlaufe fäkulentes Erbrechen neben Meteorismus auf, zwei Symptome, die beim duodenalen Darmverschluß fehlen. Eine Obturation des Darmes durch Gallensteine kann man ausschließen, wenn die Erhebung einer genauen Anamnese keine Anhaltspunkte für die Annahme des Bestehens einer Cholelithiasis ergibt.

Bei richtig gestellter Diagnose kann die Prognose des mesenterialen Darmverschlusses nicht als eine schlechte bezeichnet werden. Das beweisen die Erfolge einer Reihe von Autoren. Der Kranke wird umsomehr Aussicht auf Genesung haben, je frühzeitiger das Leiden erkannt wird. Eine längere Dauer der Kompression des Duodenums durch das Mesenterium muß nämlich das betroffene Darmstück derart schädigen, daß dessen Motilität trotz Aufhebung des Hindernisses nicht wieder hergestellt wird und die Erscheinungen der Unwegsamkeit des Darmes fortbestehen. Anderseits zeigt der rasch eintretende Tod, daß es schon in wenigen Tagen durch Intoxikation zu irreparablen Herzschädigungen kommen kann. Therapeutisch muß man beim Eintritte der schweren Symptome zunächst darauf bedacht sein, den überfüllten Magen von seinem Inhalte zu befreien, was durch systematische Magenspülungen zu bewerkstelligen ist. Von einer Ernährung per os muß vollkommen abgesehen werden, den Kranken sind jedoch ausgiebige Nährklistieren zu verabreichen. Sodann ist es vor allem von Wichtigkeit, den Patienten so zu lagern, daß die Dünndärme aus dem kleinen Becken heraustreten können und so die Anspannung des Mesenteriums gehoben wird. Als die wirksamste Lage wird von der Mehrzahl der Autoren die Knie-Ellenbogenlage empfohlen, die eine Zeit lang innegehalten und bei nicht gleich eintretendem Erfolge häufiger wiederholt werden muß. In zweiter Linie kommt Bauchlage in Betracht. Beckenhochlagerung ist nach den Erfahrungen von P. Müller nicht sehr zu empfehlen.

Haben alle angewandten Maßnahmen keinen Erfolg, so ist ein Versuch mit der

Gastroenterostomie (Kundrat) zu machen. (Stieda und v. Herff sprechen sich gegen eine solche aus, da die Kranken sich gewöhnlich in einem derartig elenden Zustande befinden, daß sie einen so schweren Eingriff schwerlich ertragen dürften).

Für die Prophylaxe ergeben sich folgende wichtige Lehren: Man vermeide bei Patienten mit Enteroptose und schlaffen Bauchdecken starkes Abführen vor der Operation, zumal wenn es sich um einen operativen Eingriff handelt, bei welchem das Darmrohr nicht eröffnet wird. Magenkranke sind nach in Narkose ausgeführten Operationen mit besonderer Sorgfalt zu überwachen. Man hat die Ernährung in der Weise zu regeln, daß man dem Kranken häufig kleine Mengen breiiger Nahrung zuführt, bei stärker werdendem Erbrechen die Nahrungszufuhr per os einschränkt und zu einer solchen per rectum übergeht. F. L.

c) Niere.

Ueber Anurie. Von Johann Mittag.

Unter Anurie versteht man jenen Zustand, bei welchem in der Niere kein Harn gebildet oder kein Harn von dort abgeleitet wird, wo also vollständiger Mangel der Harnabscheidung vorliegt. Es ist dieser Zustand wohl zu unterscheiden von der gewöhnlichen Harnverhaltung in der Blase. Der Zustand der Anurie dauert gewöhnlich nicht länger als 48 Stunden. Fälle, in denen die Anurie mehrere Tage dauert, zeigen Erscheinungen, wie sie bei der Urämie vorzukommen pflegen. Im strengsten Sinne genommen ist Anurie, d. h. die vollständige Harnlosigkeit, nur bei einer funktionellen Störung der Niere oder bei den eigentlichen Nierenerkrankungen zu finden. Im weiteren Sinne versteht man unter Anurie alle jene anormalen Zustände, durch welche der Urin in die Blase abzufließen verhindert wird. In diesem Sinne gehört auch die Harnverhaltung in den Harnleitern und in den Nierenbecken (Hydronephrose) noch zu der Anurie. Die eigentliche Anurie kommt der Theorie der Harnsekretion entsprechend entweder dadurch zustande, daß der arterielle Zufluß zur Niere entweder vollständig sistiert oder aber dadurch, daß der Abfluß des in den Glomerulis sezernierten Harnes durch die Harnkanälchen ein Hindernis erfährt.

I. Die reflektorische Anurie.

1. Die Anurie bei Hysterie. Es ist bekannt, daß die Harnabsonderung unter dem Einflusse des Nervensystems steht mittels vasomotorischer Verengerung und Erweiterung der Nierengefäße. Ebenso wie durch direkte Inangriffnahme der Nierennerven kann man auch durch verschiedenartige Reizung des Gefäßzentrums in der Medulla oblongata die Harnmenge beeinflussen. Zu den Fällen rein nervöser Anurie bei ganz gesunden Nieren gehören in erster Linie die Fälle von hysterischer Anurie. Die hysterische Anurie entsteht gewöhnlich bei nervös belasteten Individuen und zumeist bei Erkrankungen und Anomalien des weiblichen Geschlechtsapparates. Der Nervus splanchnicus wird gereizt und es entsteht dadurch eine krampfhafte Zusammenziehung der Nierenarterien und der Zufluß des Blutes zur Niere hört vollständig auf.

Die toxische Anurie, wie sie hie und da bei der chronischen Bleivergiftung vorzukommen pflegt, ist ebenfalls auf eine krampfhafte Zusammenziehung der Blutgefäße der Niere, speziell der Nierenarterien zurückzuführen, doch findet man hier öfter Oligurie als Anurie. Ebenso ist es bei der Vergiftung mit Oxalsäure oder Canthariden.

2. Die Reflexanurie bei einseitigem Ureterenverschluß. Auch sensible Reize, welche eine Niere oder einen Ureter treffen, sind imstande, die Harnsekretion reflektorisch zu hemmen.

a) bei einseitigem, nicht kalkulösem Ureterenverschluß. Am leichtesten und klarsten ist der Beweis für das Vorkommen einer reflektorischen Sekretionshemmung, einer sympathischen Anurie zu erbringen, wenn akute Retentionsprozesse vorliegen, wie sie bei dem Ren mobilis zustande kommen. Zur Zeit des Anfalles ist in solchen Fällen deutlich eine Abnahme der Harnmenge

bis zur völligen Anurie häufig zu konstatieren. Nach Beendigung der Krise fangen dann beide Nieren wie zuvor ungestört an, zu sezernieren, so daß der Gedanke an eine schon vorhandene Sistierung der Sekretion der anderen Niere abzuweisen ist.

b) Bei einseitigem kalkulösem Ureterenverschluß.

Es finden sich in der Literatur einwandfreie Beobachtungen, wo die Steinokklusion der einen Seite ihren reflexhemmenden Einfluß auf die andere, funktionsfähige, Niere klar vor Augen führt. Vf. berichtet kurz über einige eindeutige Fälle.

3. Die Reflexanurie bei Traumen der einen Niere.

a) Bei direktem Trauma.

Außer den Steineinklemmungen haben in selteneren Fällen noch Traumen der Niere Gelegenheit zur Erzeugung von Reflexanurien gegeben. Mögen dieselben absichtlich zugefügte, operative oder zufällig erworbene Quetschungen sein. Unter diesem Gesichtspunkte mögen manche tödlich ablaufenden Fälle von Nierenexstirpation ihre Erklärung finden, in welchen trotz Zurücklassung einer gesunden Niere die Nierensekretion völlig sistierte.

b) Nach Exstirpation einer Niere.

Ebenso findet man Anurie nach Exstirpation einer Niere: Man beobachtet, wenn auch selten, nach der Operation ein vollkommenes Erlöschen der Harnabsonderung; kehrt dieselbe, wie gewöhnlich, nicht wieder, so erfolgt unweigerlich der Tod unter urämischen Erscheinungen. Ein solches Verhalten ist unter drei Bedingungen möglich: Entweder verfiel eine Einzelniere der Operation oder die zweite Niere ist zwar vorhanden, aber bis auf den letzten Rest durch Erkrankung außer Tätigkeit gesetzt, so daß die Harnausscheidung schon seit einiger Zeit ausschließlich von der durch Operation beseitigten Niere übernommen war; oder aber das Herz war schon längere Zeit in Entartung begriffen und es versagt unter den schwächenden Einflüssen, wie Narkose und Blutverlust, welche mit der Operation verbunden sind. Ist letzteres der Fall, so muß unter der höchst ungenügenden Blutzufuhr eine Ischämie der Niere entstehen, welche zu schneller Entartung der Nierenepithelien und damit zum Aufhören ihrer Tätigkeit führt. Es ist nicht zu bezweifeln, daß Störungen im Nierengewebe selber vorliegen, die in dem einen Fall ausgeglichen werden und im anderen Fall sich zu akuten Nierenentzündungen steigern, durch welche die Urinabsonderung mehr und mehr eingeschränkt und schließlich aufgehoben wird. Bei der Leichenöffnung haben sich dann auch in der Tat entweder hochgradige Trübungen, Verfettungen und Zerfall des Nierenepithels ergeben, oder die Niere zeigte interstitielle Infiltrationen und Wucherungen, bei denen auch das Nierenepithel in mehr oder weniger erheblichem Grade vermindert zu sein pflegt.

c) Durch Reiz des Nierenstumpfes durch ein Drain nach erfolgter Exstirpation.

Vf. erwähnt einen Fall Israels, der beweist, daß ein reno-renaler Reizreflex die Funktionseinstellung der anderseitigen Niere veranlassen kann.

II. Die Cholera-Anurie.

Dies waren bisher sämtlich Anurien, wo das Versiegen der Harnsekretion dadurch zustande kam, daß die arterielle Zufuhr zur Niere sistierte, indem entweder die vasomotorischen Nerven beider Nieren in Betracht kamen (hysterische Anurie) oder aber nur die der einen Niere gereizt wurden, weil plötzliche Hindernisse die andere Niere zwangen, ihre Sekretion einzustellen. Vor der Besprechung der Anurien, die ihre Entstehung dem Moment verdanken, daß der in den Glomerulis sezernierte Harn durch die Harnkanälchen abzufließen behindert ist, bespricht Vf. als überleitende Anurie diejenige bei der Cholera.

III. Anurie bei diffuser Nephritis.

Bei der diffusen Nephritis findet man im Beginne der Erkrankung ganz gewöhnlich Oligurie, so daß die 24stündige Harnmenge in einzelnen Fällen kaum 100 cm^3 übersteigt. In schweren Fällen kommt auch Anurie vor, welche einen und selbst mehrere Tage andauern kann. Mit Beginn der Besserung erscheint die 24stündige

Harnmenge sofort vermehrt, und geht nicht selten in Polyurie über. Die Anurie und Oligurie erscheinen hier schon durch das bald vollständige Verstopftsein der Harnkanälchen mit Zylindern erklärt. Whitelaw beschreibt eine 25 Tage dauernde Anurie bei einem achtjährigen Knaben, zwei Monate nach Beginn einer Skarlatina; es soll die Möglichkeit einer Täuschung ganz ausgeschlossen sein. Es gibt aber auch seltene Ausnahmefälle, wo der Zusammenhang zwischen diffuser Nephritis und Anurie nicht so klar ist, wo die Anurie ganz plötzlich einsetzt, ohne alle Vorboten einer Nierenentzündung, und erst die Operation oder Autopsie den klaren Sachverhalt ergibt. Eine derartige Beobachtung machte Israel. Die diffuse Nephritis beider Nieren hatte zu einer völligen Sistierung der Harnsekretion geführt. Weil dieselbe aber ganz plötzlich auftrat, war es selbst James Israel nicht möglich, zuvor eine Diagnose zu stellen.

IV. Anurie bei aszendierender Pyelonephritis.

Man findet in der Literatur vielfach, daß sich bei einer diffusen Nephritis, besonders der Nephritis post Scarlatinam, Oligurie einstellt, seltener ist das Auftreten einer kompletten Anurie hier zu konstatieren. Noch weit seltener aber, als bei hämatogenen Nephritiden, stellt sich Anurie bei aszendierenden pyelonephritischen Prozessen ein. Denn es finden sich hier die Veränderungen in der Niere nicht diffus ausgebreitet, sondern mehr herdweise, wenn auch immerhin oft recht zahlreich.

V. Die Anuria calculosa.

Steinleiden sind die häufigste Veranlassung der Anurie. Die völlige Sistierung der Harnsekretion begreift sich leicht in den Fällen, wo ein gleichzeitiger Verschluß beider Harnleiter stattfindet, oder wo nur eine funktionsfähige Niere vorhanden ist, während die andere überhaupt nicht existiert (also eine Solitärniere besteht) oder irgendwie leistungsunfähig geworden ist. Beim Zustandekommen der Anuria calculosa können drei Möglichkeiten vorliegen: Entweder es werden zwei funktionsfähige Nieren in ihrer Sekretion durch Steineinklemmung gehemmt, und zwar hintereinander erfolgt die Einklemmung, oder, was seltener ist, zu gleicher Zeit. Oder die eine Niere ist durch ältere Prozesse schon funktionsunfähig, physiologisch wertlos, und die einzige noch vorhandene wird zum Stillstand gebracht. Oder aber drittens: Es ist überhaupt nur eine Niere da, weil die andere vorher operativ entfernt wurde oder nur eine Solitärniere vorhanden ist.

VI. Besondere Formen der Anurie.

Zuletzt führt Vf. die Anurien an, deren Ursache in einer Verstopfung des Ureters durch Koagula oder in einer Kompression desselben zu suchen ist. Das sind aber seltene Anurien.

VII. Zum Schluß gibt Vf. eine ausführliche Krankengeschichte eines Falles von „eigenartiger Pseudoanurie". (Auch die bisher angeführten Formen belegt Vf. mit interessanten Krankengeschichten.) Der beschriebene Fall steht in der Literatur wirklich ganz einzig da. Es handelte sich um einen 38jährigen, durch und durch tuberkulösen Mann. Bei demselben bestand eine kommunizierende Perforation zwischen Blasendivertikel und Dünndarm. Da trotz Dauerkatheters fast der ganze Urin sich durch den Darm per rectum entleerte und da durch diese Verdünnung der schon bei der Tuberkulose diarrhöische Stuhl noch weiterhin so verdünnt wurde, daß überaus häufige und wässerige Entleerungen vor sich gingen, so war an eine Exzitation per rectum nicht zu denken und da anderseits dem schwer heruntergekommenen Patienten per os auch nur ganz mühsam die roborierendsten und exzitierendsten Nährmittel in geringen Quantitäten beigebracht werden konnten, so wurden die Nährklystiere — durch den Katheter, durch Harnröhre und Blase zur Ausnützung gebracht. Trotz alledem schwanden die Körperkräfte bei dem schwer tuberkulösen Patienten immer mehr und unoperiert kam er zu Exitus. — (Diss., Halle 1904, 53 S.)

F. L.

d) Weibliches Genitale.

Ueber die Genese der weiblichen Genitaltuberkulose. Von H. Merkel.

Der Möglichkeit einer Infektion des weiblichen Genitalapparats von außen ist bisher wenig Beachtung beigelegt worden, obwohl für die meist angenommene hämatogene Entstehung nur in den seltensten Fällen ein sicherer Beweis zu erbringen ist. Fürs Tier ist die Uebertragung männlicher Genitaltuberkulose auf den weiblichen Geschlechtsapparat durch den Koitus erwiesen, hingegen ist dies beim Menschen bisher noch nicht einwandfrei beobachtet.

Vf. beobachtete einen Fall ausgedehnter Scheidentuberkulose mit Uebergang auf Zervix- und Uterusschleimhaut bei einer an Lungenphthise leidenden Paralytikerin. Die von Sputum verunreinigten Hände können wohl öfter an solchen Infektionen schuld tragen. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 84, 1905.)

E. H.

e) Nervensystem.

Ueber den Fußsohlenreflex und das Babinski-Phänomen bei 1000 Kindern der ersten Lebensjahre. Von Dr. G. Engstler in Velden.

Während das Babinski'sche Phänomen bei gesunden Erwachsenen negativ ausfällt, zeigt sich bei Säuglingen Streckung der Zehen auf Reizung der Fußsohle, also positiver Babinski. Ueber das Alter, in welchem diese Streckung in die normale Beugung umschlägt, variieren die Angaben. Vf. hat gefunden, daß der Effekt des Reizes ein dreifacher sein kann: 1. typische Dorsalflexion der großen Zehe, 2. Plantarflexion aller Zehen, entsprechend dem normalen Verhalten Erwachsener, 3. völliges Ausbleiben jeder Reflexbewegung. Bei schlafenden Kindern scheint der Reflex deutlicher zum Vorschein zu kommen. Bei neugeborenen, insbesondere frühgeborenen Kindern bildet die Dorsalflexion, bei Kindern im 3. Lebensjahre die Plantarflexion fast ausnahmslos die Regel. Im Laufe des 1. und 2. Lebensjahres nimmt die relative Häufigkeit der Dorsalflexion zu Gunsten der Plantarflexion ziemlich gleichmäßig ab, Ende des 1. Lebensjahres beträgt sie ungefähr 50%. In der Periode des Umschlages des Reflexes, also im 2. Lebensjahre, kommt es häufig zum Ausbleiben des Reflexes. Nach Kalischer steht das Auftreten der Plantarflexion mit dem Erlernen der Gehfunktion im Zusammenhange. Doch weisen auch nicht gehfähige Kinder häufig schon Plantarflexion auf. Bei Rhachitikern findet die Umwandlung der Dorsalflexion in die Plantarflexion verspätet statt; doch ist der Grund dafür eher in der retardierten Entwicklung als in der verspäteten Erlernung des Gehens zu suchen. — (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 22, 1905.)

Rosenthal.

Isolierte Lähmung des rechten Nervus musculo-cutaneus nach Tripper. Von M. Bernhardt.

Bei einem 26jährigen Kellner, der im Oktober 1904 zum erstenmale einen Tripper und Hodenentzündung durchmachte und nach Verlauf von weiteren fünf Monaten neuerdings an Gonorrhöe mit Leistendrüsenschwellung erkrankte, traten ungefähr im zweiten Monate der Erkrankung Schmerzen in der rechten oberen Extremität auf, die sich von der Achselhöhle bis zur Hand erstreckten und so empfindlich waren, daß der Patient am Schlafe gehindert war und auf der rechten Seite nicht liegen konnte. Gleichzeitig mit den Schmerzen machte sich auch ein taubes Gefühl an der Radialseite des Unterarmes bemerkbar, und bald trat Abmagerung und Schwäche des Armes ein, ohne daß je Gelenkschwellung bestanden hätte.

Die objektive Untersuchung ergab normale Verhältnisse bis auf die auffallende Abmagerung des rechten Oberarmes an der Vorder- und Innenseite, betreffend die Beugemuskeln desselben. Umfang des rechten Oberarmes in der Mitte 21·5 cm gegen 25·75 cm links, der Bizeps und Musculus bracch. internus fast ganz geschwunden, doch wird die Möglichkeit der (durch leichten Widerstand zu hindernden) Beugung durch den Supinator longus gewahrt. Weder mit dem galvanischen, noch mit dem faradischen Strom lassen sich die

atrophierten Muskeln zur Kontraktion bringen, Entartungsreaktion fehlt. Störungen in der Sensibilität lassen sich zur Zeit der Untersuchung des Kranken nicht mehr nachweisen.

Es besteht also eine Mononeuritis im Gebiete des rechten Nervus musculocutaneus; die Affektion gerade dieses Gebietes würde sich vielleicht aus der Beschäftigung des Kranken erklären (stetes Tragen von Speisen und Getränken mit dem rechten Arm). Daß sie im Gefolge einer Gonorrhöe auftrat und damit in Zusammenhang zu bringen ist, steht für den Autor überhaupt außer Frage. Die Prognose sei ernst, aber nicht gerade ungünstig zu stellen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35, 1905.) D.

Ueber einige weniger bekannte Verlaufsformen der multiplen Sklerose. Von Dozent Ed. Müller in Breslau.

Seit einigen Jahrzehnten ist die Symptomatologie der multiplen Sklerose aufs reichste ausgestaltet worden. Die multiple Sklerose ist bei der ländlichen Bevölkerung das häufigste organische Gehirnrückenmarksleiden, in der Großstadt steht sie nur hinter den syphilitischen Leiden zurück. Der klassische Typus (Nystagmus, Skanduren, Intentionstremor) ist weit seltener als die „formes frustes“. Das wertvollste Symptom bilden die Optikusaffektionen, insbesondere die temporale Abblassung der Papille. Man findet sie als Frühsymptom in mindestens 50% der Fälle. Ein ebenso frühes Zeichen bilden Veränderungen der Bauchdeckenreflexe (Strümpell), besonders ihr doppelseitiges Fehlen, ebenso das Verschwinden der Cremasterreflexe. Gar nicht selten setzt das Leiden mit hochgradigen, bis zu vorübergehender Erblindung sich steigernden Sehstörungen ein. Meist hinterlassen sie temporale Abblassung der Papillen mit kleinen zentralen Skotomen. Solche vorübergehende Amblyopien bei jungen, sonst gesunden Individuen bei Ausschluß von Lues oder Intoxikationen sprechen sehr für multiple Sklerose. Entscheidend sind in diesen Fällen temporale Abblassung der Papillen, Fehlen der Bauchdeckenreflexe, das Babinski'sche Zehenphänomen und ein leichtes Wackeln der Arme bei feineren Zielbewegungen. Wichtig ist ferner das Einsetzen der subjektiven Beschwerden mit lokaler, abnormer Ermüdbarkeit in einer oder zwei Extremitäten. Hier entscheidet häufig der Augenspiegelbefund. Sehr selten beginnt das Leiden mit heftigen neuralgiformen Schmerzen. Gegenüber früheren Untersuchern, welche die Seltenheit von Empfindungsanomalien konstatierten, fand Vf., daß man derartige Störungen subjektiver und objektiver Art fast regelmäßig vorfindet. Es handelt sich um Hypästhesien an den dorsalen Extremitätenabschnitten, sehr häufig Parästhesien, in seltenen Fällen um neuralgische oder lanzinierende Schmerzen. Die Diagnose wird erleichtert, wenn man das jugendliche Alter, das gewöhnlich gute Allgemeinbefinden der Kranken, ferner das Fehlen äußerer Ursachen und der hereditären Belastung, ferner anamnestisch vorübergehende Seh- und Sprachstörungen, Blasenanomalien und Schwindelanfälle berücksichtigt. Ein neurologischer Kunstfehler wäre es, in solchen Fällen die Untersuchung mit dem Augenspiegel zu vergessen. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 13, 1905.) Rosenthal.

f) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Die prodromalen Ausschläge der Masern. Von J. D. Rolleston in Londen.

Die prodromalen Exantheme der Masern sind noch sehr wenig bekannt, und doch kommen sie nach Vf. in 50% der Masernfälle vor. Sie erscheinen 1—8 Tage vor dem definitiven Ausschlag, am häufigsten 4 Tage vor demselben; den katarrhalischen Erscheinungen und Koplik'schen Flecken, selbst dem Temperaturanstieg gehen sie oft voraus. Die Formen, in denen sie vorkommen, sind, der Häufigkeit nach geordnet: isolierte Fleckchen, fleckiges Erythem, isolierte Papeln, Urtikaria, skarlatiniformer Ausschlag und zirzinäre Erytheme. Häufig sieht man mehrere Varietäten nebeneinander. Charakteristisch ist die Flüchtigkeit und die damit zusammenhängende unvollkommene Entwicklung des Exanthems, wodurch es sich z. B.

von Scharlach, mit dem sonst manche Aehnlichkeit besteht, unterscheidet. Die isolierten Papeln ähneln oft der Typhus-Roseola. Der Sitz des Ausschlages ist meistens am Rumpf, etwas seltener hinter den Ohren und an den Extremitäten, noch seltener im Gesicht und Nacken. Schmerzen oder Juckreiz fehlen, Schuppung kommt nach dem prodromalen Ausschlag nicht vor. Das Exanthem hat hohen diagnostischen, aber keinen prognostischen Wert. — (Brit. Medic. Journ. Nr. 2301, 1905.) Einstein, Stuttgart.

Ein Fall von Pneumokokkenarthritis bei einem Neugeborenen. Von Nattan-Larrier.

Trotz der Häufigkeit der Pneumokokkeninfektion im Kindesalter kommt eine derartige Lokalisation äußerst selten vor und dürfte bei einem Neugeborenen überhaupt noch nicht beschrieben worden sein. Der Fall verlief letal, wie denn überhaupt die Prognose der durch Pneumokokken bedingten arthritischen Prozesse äußerst ungünstig ist. Die Infektion des befallenen rechten Schultergelenkes scheint, was den Fall besonders merkwürdig macht, nicht von den Lungen, sondern von der durch eine Hasenschartenoperation gesetzten Wunde ausgegangen zu sein, wurden doch im Sekret der letzteren Pneumokokken nachgewiesen, deren Vorhandensein in dem bei der Autopsie aus dem erkrankten Gelenk sich entleerenden Eiter gleichfalls die bakteriologische Untersuchung ergab. Die eigentümliche Lokalisation erklärt sich der Vf. damit, daß durch die protrahierte, wenn auch ohne Kunsthilfe erfolgte Geburt, die Schultergegend einem besonders intensiven Druck ausgesetzt und hiemit ein locus minoris resistentiae geschaffen worden war. — (Archives Générales de Médecine, 28. Febr. 1905.)

Fromm, München.

Neue Untersuchungen über die Aetiologie der Syphilis. Von J. Siegel.

I. Morphologie der Cytorrhictes luis.

Die Untersuchungen Siegels stellen eine Wiederaufnahme der Klebs'schen bezw. Döhle'schen Befunde dar, und zwar insbesondere insoweit, als es ihm gelungen sei, durch Kern- und Geißelfärbung der genannten Gebilde ihre wahre Natur als Protozoen endgiltig zu beweisen. Als Vorstudien, die unbedingt notwendig sind, wenn man sich mit den Flagellaten der Syphilis bekannt machen will, müssen Untersuchungen normalen Blutes vorangehen, damit Verwechslungen mit anderen kleinen Gebilden des Blutes ausgeschaltet werden. Weiters ist die Benützung der besten Apochromaten (Zeiß) und der stärksten Kompensationsokulare (12 und 18) notwendig, überdies empfiehlt sich die Anwendung künstlichen Lichtes (Auer-Gasglühlicht).

Beobachtet man nun normales Blut, so kann man bei beginnendem Zerfall der Blutkörperchen eine stetig zunehmende Zahl von Scheibchen und Fädchen sehen, deren Brechungsgrad, Bewegungsart man sich genau einprägen muß; ebenso ist auch die Beobachtung des gefärbten Präparates notwendig.

Untersucht man auf die gleiche Weise Blut von syphilitischen Menschen, so erkenne man sofort eine Reihe von lebhaft beweglichen Körperchen, von $^1/_2$—$2^1/_2$ μ im Durchmesser, mit besonders starkem Lichtbrechungsvermögen und einer Bewegungsart, die sich von der aller anderen etwaigen Beimengungen des Blutes durchaus unterscheide. Wo diese Körperchen zwischen Blutkörperchen eingeklemmt und durch Gerinnungsfäden festgehalten werden, finden sie sich in langsamerer, wackelnder Bewegung und tragen an einem oder zwei Enden ganz deutliche Geißeln. Bei Eintrocknung des Präparates verändern diese Körperchen ihr Aussehen, der frühere auffällige Glanz weicht einem opaken Aussehen, und nun treten stark lichtbrechende Punkte auf, 2—4—8—16, die durch den früheren Glanz verdeckten Kerne. Zugleich beobachte man, daß, während die Beweglichkeit der Flagellaten abnehme, die Zahl der Zerfallsprodukte der roten Blutkörperchen, sowie deren Bewegungen zunehmen.

Bezüglich der Art der Kern- und Geißelfärbung muß wohl aufs Original verwiesen werden; auch in den Schnitten



gelingt die Färbung, vorausgesetzt, daß sie dünn genug sind (2 μ). Von diesem Erreger gelte, daß er nicht allein in den Primäraffekten der Haut und den nächstgelegenen Lymphdrüsen, sondern auch in jedem Blutstropfen und in den verschiedenen Organen, zumindest auf dem Höhepunkt der Erkrankung, nachgewiesen werden könne.

II. Impfungen auf Affen, Kaninchen und Meerschweinchen.

Es gelang dem Autor, bei Kaninchen nach Einverleibung des syphilitischen Virus, entweder durch subkutane Injektion mit Emulsion von Primäraffekten oder breiten Kondylomen oder durch Ritzung der Iris, Erkrankungen zu erzielen. Nach einer Inkubation von 5—7 Tagen trat Freßunlust auf, und in der zweiten Woche, wo die Tiere scheinbar wieder gesund waren, ließen sich in jedem Blutstropfen Cytorrhyctesflagellaten nachweisen. Bei einigen der subkutan geimpften Kaninchen traten Sekundärerscheinungen der Haut, schuppende Papeln, manchmal auch tiefere Geschwüre auf. An der Iris entstanden bei den so behandelten Tieren immer ein oder mehrere Knötchen, die wochenlang andauerten und regelmäßig Cytorrhyctesformen nachweisen ließen.

Solche Impfversuche seien auch schon von anderen Autoren mit den gleichen Erfolgen ausgeführt worden, neu hiebei sei nur der ständige Nachweis der Flagellaten. Wichtig ist aber, daß es dem Autor gelang, der gelegentlich Vorführung der geschilderten Resultate von Noorden aufgestellten Forderung zu entsprechen, durch Impfung von den kranken Kaninchen die Syphilis auf Affen zu übertragen. Die Impfungen geschahen entweder durch subkutane Injektion, durch Ritzung der Iris oder durch Ritzung der rasierten Stirnhaut und Einreibung des Impfmaterials. Als solches diente bei zwei Tieren Emulsion von menschlichen Sklerosen mit etwa gleicher Menge von Glyzerinwasser, bei den übrigen zehn Affen Nieren von geimpften und auf der Höhe der Erkrankung getöteten Kaninchen, Meerschweinchen oder Affen, indem aus diesem Organ mit dem Blute der getöteten Tiere eine Emulsion dargestellt wurde. Auch hier traten in den ersten Tagen nach der Impfung keine Erscheinungen auf, erst zwischen dem 7. und 10. Tage begannen die Tiere weniger zu fressen, und zwischen dem 10. und 30. Tage traten Hauterscheinungen auf. Diese letzteren, sowohl die Impfstellen als auch die sekundären Erscheinungen, entsprechen vollständig den Bildern, die auch von anderen Autoren gesehen wurden, so daß es für den Autor als erwiesen gilt, daß die Impfung von Syphilis auf Kaninchen und Meerschweinchen tatsächlich eine Krankheit erregt, die wieder, auf den Affen verimpft, dieselben Erscheinungen hervorruft, wie die direkte Verimpfung menschlichen Materials auf den Affen. In jedem Impftiere aber gelang ihm auch auf dem Höhepunkt der Erkrankung der Nachweis der Cytorrhyctesflagellaten im Blute. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28 u. 29, 1905.) D.

Das Tuberkulin bei der Diagnose der chirurgischen Tuberkulose. Von Baer und Kennard.

Vf. wendeten das Tuberkulin in 40 Fällen an, die der Wirbel-, bezw. Gelenktuberkulose verdächtig waren. In 25 Fällen war die Probe positiv, und in 24 Fällen wurde dieses Resultat durch die Operation bestätigt. Allgemeinsymptome nach der Injektion beweisen nichts für Tuberkulose: sie kommen auch bei Syphilis, Lepra etc. vor; beweisend ist vielmehr das Hinzutreten einer lokalen Reaktion, bestehend in einem Intensiverwerden der lokalen Symptome. Die geringste, zur Herbeiführung der Reaktion nötige Dose übersteigt selten 6 mg. — (John Hopkins Hosp. Bull. Januar 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Stovain.

Woskresenski hat das Stovain in Form einer 1/2%igen, 3/4%igen und 1%igen wässerigen Lösung in Quantitäten von 0·12 injiziert und in seinen 30 Fällen eine vollständige Anästhesie erzielt. Irgend welche Intoxikationserscheinungen sind nicht ein einzigesmal vorgekommen (Puls, Atmung, Pupillenreaktion, Zentralnervensystem zeigten keine Spur von sichtbarer Reaktion). Die Anästhesie tritt fast sofort ein, so daß man unmittelbar nach der Injektion mit der Operation beginnen kann. Die Anästhesie dauert zirka 20 Minuten. Ihre Wirkung bleibt scharf auf die Injektionsstelle beschränkt und geht über die Grenze des mit Stovain infiltrierten Gewebes fast nicht hinaus. Die Wunden bluten nicht stärker als gewöhnlich, obwohl das Stovain zu den vasodilatorischen Mitteln gehört. Hyperästhesien stellen sich, nachdem die anästhesierende Wirkung des Mittels aufgehört hat, nicht ein, im Gegensatz zum Kokain, bei dem solche konsekutiven Parästhesien nicht selten beobachtet werden. 1/2%ige und 3/4%ige Stovainlösungen können mit gleichem Erfolge angewendet werden wie 1%ige Kokainlösungen. — (Fortschr. d. Med., Nr. 18, 1905.)

Digalen.

In seiner Arbeit: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des Digalens auf das Froschherz berichtet K. Sasaki (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26, 1905) über eine Reihe von Versuchen, die ergeben haben, daß das Froschherz in durchaus analoger Weise vom Digalen beeinflußt wird, wie es z. B. von einem Infus von Digitalisblättern bekannt ist. Die toxicologische Wirkung beider Präparate ist sehr ähnlich und man kann auf Grund der mitgeteilten Ergebnisse den Satz aufstellen, daß hinsichtlich des Verhaltens gegen das Froschherz dem Digalen im wesentlichen die Wirkung des bekannten Digitalisblätterinfuses innewohnt. Besondere Erwähnung verdient die Tatsache, daß arhytmische Störungen in der Regel nur in dem allerletzten Stadium der Digalenvergiftung auftreten und auch hier nie höhere Grade erreichen. Versuche, die mit reinem Digitoxin vom Verfasser angestellt wurden, ergaben Kurven, die den mit Digalen erhaltenen im großen Ganzen analog waren.

Die Maximaldosis für Theophyllin wünscht Schlesinger auf 0·8 g pro die festzusetzen, da sich Magenstörungen und krampfartige Zustände bei größeren Dosen einstellen können. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23, 1905.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Bocarol. Ein aus Borsäure, Alaun, Phenol, Eucalyptol, Salyzilsäuremethylester, Menthol und Thymol bestehendes Präparat. Anwendung: Als Wundstreupulver und zu Inhalationen bei Leiden der Atmungswege.

Brometon. Zusammensetzung: Tertiärer Tribrombutylalkohol, $C_4 H_7 O Br_3$. Eigenschaften: Weißes, kristallinisches, kampferartig riechendes und schmeckendes Pulver. Anwendung: Zu 0·3—0·6 g bei Schlaflosigkeit, Epilepsie und anderen Nervenleiden.

Calcalith. Ein aromatisches Gemisch, welches Kalzium, Lithium und Kolchizin enthält. Anwendung: Als Gichtmittel.

Capillin. Zusammensetzung: Ein Kondensationsprodukt von Tannin, Chloralhydrat und Resorzin. Braunes, in Wasser unlösliches, in Alkohol lösliches Pulver; findet Anwendung als Ersatz für Kaptol zur Pflege der Kopfhaut.

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Cholelithon. Zusammensetzung: Ein Gemisch aus Natr. bicarbon., Kal. citric., Lith. sulfur. und Magnes. sulfur. Anwendung: Gegen Gallenstein.

Cholelysin. Zusammensetzung: An Eiweiß gelagertes ölsaures Natrium in flüssiger Form, 20% ölsaures Natrium enthaltend.

Citronalpillen. Zusammensetzung: 100 Pillen enthalten: Chinin hydrochlor. 0·5, Acid. citric. 10·0, Extr. Frangulae 6·0, Extr. Fol. Myrtilli 4·0, Rad. et Succ. Liquirit. 9·5. Anwendung: Mehrmals täglich 5 Stück bei Gicht und Rheumatismus.

Cotargit. Zusammensetzung: Eine Verbindung von salzsaurem Kotarnin mit Eisenchlorid $(C_{12}H_{13}NO_3 . HCl)_2 . Fe_2Cl_6$. Eigenschaften: Rote, bei 104—105° schmelzende, in Wasser leicht lösliche Kristalle. Anwendung: Als blutstillendes Mittel, besonders bei zahnärztlichen Operationen; neuerdings auch zur Herstellung damit imprägnierter 30%iger Cotargitwatte.

Cotarninphthalat. Eigenschaften: Das neutrale Salz besitzt einen Schmelzpunkt von 102—105°, das saure Salz von zirka 115°. Letzteres bildet hellgelbe Kristalle. Anwendung: Als blutstillendes Mittel. — (Ph. Ztg.)

Cerolin. Zusammensetzung: Ein durch weingeistige Extraktion aus Hefe dargestelltes Fett. Anwendung: dreimal täglich eine mit Rad. Althaeae und Extr. Liquirit. bereitete Pille mit 0·1 g Cerolin gegen Furunkulose, Akne und ähnliche Hautaffektionen. Auch als Abführmittel.

Cuprol. Zusammensetzung: Ein 6% Kupfer enthaltendes Kupfernukleïd. Anwendung: In wässeriger Lösung gegen Konjunktivitis.

Divinal. Zusammensetzung: Nach Wittstein Kieselsäure 31·12, Tonerde 4·39, Eisenoxyd 7·2, Kalziumoxyd 29·99, Kalziumkarbonat 53·44, Magnesiumoxyd 1·85, Magnesiumkarbonat 3·87. Findet Anwendung als Zusatz zu Bädern.

Enesol. Zusammensetzung: Salizylarsensaures Quecksilber, welches 38·46% Quecksilber und 14·4% Arsen enthält. Eigenschaften: Das Präparat kommt in Ampullen zu 2 cm³ in den Handel, „titriert auf 0·03 pro Kubikzentimeter (0·06 per Ampulle)". Es wird die geringe Giftigkeit des Mittels hervorgehoben. Anwendung: Gegen Lues, täglich 1—2 cm³ der obigen Lösung intramuskulär injiziert.

Eucainum lacticum. Zusammensetzung: $C_{15}H_{21}NO_2 . CH_3 . CH(OH) . COOH$. Eigenschaften: Ein weißes, nicht hygroskopisches, bei 155° schmelzendes Pulver, löslich in Wasser und Alkohol. Anwendung: Als lokales Anästhetikum. In der Augenheilkunde und Zahnheilkunde verwendet man 2—3%ige Lösungen, für Infiltrationsanästhesie 0·12, für regionäre Anästhesie 2—5, für Rachen, Nase und Ohr 10—15%ige. Bei den schwächeren Lösungen empfiehlt sich ein 0·2—0·8%iger Kochsalzzusatz. Man verwendet das Mittel auch unter Zusatz von Nebennierenpräparaten.

Eugenolumjodatum. Zusammensetzung: Verbindung von Jod mit Eugenol in nicht näher angegebenem Verhältnis. Eigenschaften: Rötliches, in Wasser unlösliches, in Alkohol schwer, in Aether leicht lösliches, schwach nach Eugenol riechendes Pulver. Anwendung: Als Jodoformersatz bei Schanker, Lupus, Krebs etc.

Euporphin „Riedel". Zusammensetzung: Apomorphinbrommethylat, Methylapomorphiniumbromid, $C_{17}H_{17}NO_2 . CH_3Br + H_2O$. Eigenschaften: Farblose, zwischen 152° und 158° schmelzende, in Wasser und Alkohol leicht lösliche, in Aether unlösliche Kristalle, welche im Gegensatze zu Apomorphin eine lange haltbare, wässerige Lösung geben. Anwendung: Als ungiftiges, leicht lösliches, leicht dosierbares und sich nicht zersetzendes Ersatzmittel des Apomorphins, vor dem es den Vorzug hat, daß es weniger auf das Herz einwirkt und länger ohne Schädigung für den Patienten genommen werden kann, besonders bei Bronchitis und Asthma bronchiale, Pneumonie und Phthisis. Das Mittel wird in Dosen von 0·01 bis 0·04 g in wässeriger Lösung oder in Form von Tabletten gegeben, deren jede 0·005 g Euporphin und Morph. hydrochlor. 0·001 enthält.

Fucusin-Entfettungstabletten sind Tabletten, deren je 50 Stück

enthalten: Fucusin (einen aus Fucus vesiculosus hergestellten Stoff) 2·0 und Extr. Rhei comp. 4·0.

Gichtmittel, Béjans. Zusammensetzung: Ol. Gaultheriae gtt. 5, Spirit. 20, Aqua dest. 80, Extr. Gentianae 5, Kal. jodat. 4, Natr. salicylic. 4.

Gichtwasser, Landsbergers. Zusammensetzung: Ein kohlensaures Wasser, welches in 200 cm³ 2 g Zitarin gelöst enthält.

Gynaicol. 25 Tabletten bestehen aus: Natr. chlorat. 10, Natr. sulfur. 1, Chinin. glycerophosphoric. 0·4, Magnesphosphor. 0·4, Natr. phosphor. 0·3. Anwendung: Mehrmals täglich zwei Tabletten bei übermäßiger Menstruation.

Heritin. Zusammensetzung: Alkaloïd aus der Wurzel von Heritiera javanica, einer Sterculiacee. Eigenschaften: In Aether lösliches, stark giftiges Alkaloid. Anwendung: Bei Migräne, Epilepsie, Chorea etc.

Histosan. Zusammensetzung: Ein Guajakol-Eiweiß-Präparat. Anwendung: In Form von Sirup wie in Pulverform gegen Lungentuberkulose.

Perhydrol. Zusammensetzung: 30 Gewichtsprozente = 100 Volumprozente H_2O_2 enthaltende, chemisch reine Wasserstoffsuperoxydlösung. Eigenschaften: Wasserhelle, klare Flüssigkeit vom spez. Gewicht 1·111 bei 15°. Kommt in mit Zeresit ausgekleideten und mit Zeresitstopfen versehenen Flaschen in den Handel. Anwendung: Zur Herstellung schwächerer Lösungen, als Antiseptikum in der Zahnheilkunde, zur Milchkonservierung. — (Riedels Berichte.)

Serum nach Trunecek. Zusammensetzung: Eine Lösung, welche „die löslichen Alkalien des Blutes in konzentrierter Form enthält“, und zwar Kal. sulfur. 0·40, Natr. sulfur. 0·44, Natr. chlorat. 4·92, Natr. phosphor. 0·15, Natr. carbon. 0·21%. An Stelle der ausgeschalteten Kalzium- und Magnesiumphosphate ist Kaliumphosphat getreten. Eigenschaften: Klare, durchsichtige, sterile Flüssigkeit von salzigem Geschmack und alkalischer Reaktion. Anwendung: Gegen Arteriosklerose, Hemiplegieen und Aneurysmenbildung in Form subkutaner Injektionen.

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

(Fortsetzung.)

Antidysentericum, Köhlers. Zusammensetzung: Ein Gemisch der Fluidextrakte aus Cortex Granati, Cortex Simarubae und Lignum campechianum fall. etc. angewandt. (Antidysentericum Dr. Schwarz siehe H. 3, S. 155.)

Apocodeïnum hydrochloricum. Zusammensetzung: $C_{18}H_{19}NO_2HCl$. Eigenschaften: Gelbliches, in Wasser leicht lösliches Pulver. Anwendung: Als Laxans, per os oder in subkutanen Dosen von 2 cm³ einer 1—3%igen Lösung. Im übrigen wird das Mittel wie Kodeinphosphat verwendet.

Arsoferin. Zusammensetzung: Eisenparanukleinat mit arseniger Säure.

Arsilin. Zusammensetzung: Eine 0·1% Arsen und 2·6% Phosphor enthaltende Arsen-Phosphor-Eiweißverbindung. Eigenschaften: Gelblichweißes, geruchloses, in Wasser unlösliches Pulver. Anwendung: In Dosen von 1 g (= 0·001 g Arsen) mehrmals täglich als Arsenpräparat, welches erst im Darm resorbiert wird.

Aulicin. Zusammensetzung: Aus Eisenpeptonat, Eisenhydroxyd, Anis., Herba Cardui benedicti, Chinin. hydrochlor. und Succ. Juniperi bestehende Pillen. Anwendung: Gegen Anämie und Neurosen.

Bioferrin. Zusammensetzung: Ein Hämoglobinpräparat, welches alle Fermente und Alexine des Blutes enthält. Anwendung: Als blutbildendes Diätetikum, Kindern in Dosen von 5—15 g, Erwachsenen 15—30 g täglich.

Bioplastin Simirani. Zusammensetzung: Ein diätetisches Präparat aus Eidotter.

Bioplastina Serono. Zusammensetzung: Ein speziell für subkutane Injektionen dargestelltes Lecithin.

Bioson. Zusammensetzung: Ein Eisen-Eiweißpräparat. Die Analyse von Aufrecht ergab: Wasser 6·25, Stickstoffsubstanz 69·3 (hievon Theobromin 0·18%) mit 10·88 Stickstoff, Fett 5·88, Lecithin 1·27, Stärke 1·72, stickstoffreie Extraktiv-

stoffe 10·87, Rohfaser 0·84, Mineralbestandteile 3·87, Eisen 0·24. Anwendung: Als Diätetikum, besonders bei Anämie und Chlorose.

Bismon. Kolloidales Wismutoxyd. Rotgelbes, in Wasser lösliches, 20% Wismut enthaltendes Pulver. Anwendung: In 10%iger Lösung teelöffelweise bei Darmkatarrhen.

Bismuthum agaricinicum neutrale. Farbloses, in Wasser sehr wenig lösliches Pulver. Anwendung: In Dosen von 0·25 bis 1·0 gegen Darmkatarrhe und nächtliche Schweiße der Phthisiker.

Bismuthum subagaricinicum. Farbloses, in Wasser so gut wie unlösliches Pulver. Anwendung: Wie Bismuthum agaricinicum.

Bolemans Sal purgans. Zusammensetzung: Magnes. sulfur. 100, Natr. bicarbon. 5·0, Natr. chlorat. 0·5.

Bromlecithin. Ein leicht resorbierbares, ungefähr 30% Brom enthaltendes Lecithin. Anwendung: Als Mittel, um dem Körper größere Mengen Lecithin und zugleich Brom zuzuführen.

Byno-Cascada. Eine aus Bynin (flüssiger Malzextrakt), Extr. Rhamni Purshianae und Extr. Frangulae bestehende Flüssigkeit. Findet Anwendung als schmerzlos wirkendes Laxans und verdauungsbeförderndes Mittel.

Diastasinpräparate. Zusammensetzung: Nach Ph. Praxis hochdiastatische Malzextrakte in Verbindung mit Medikamenten in flüssiger, trockener und in Pastillenform. — Erzeugt werden: Diastasin mit unterphosphorigsaurem Kalk. Gehalt an Calcium hypophosphorosum in einem Eßlöffel (flüssig 25 g, trocken 12½ g) 0·25 g. — Diastasin mit Chinin. In einem Eßlöffel (flüssig 25 g) 0·25 g Chinin. sulfuricum und in einer Pastille 0·2 g Chinin tannicum. (Geschmackloses Präparat, entsprechend 0·1 g Chinin. sulfuricum.) In einem Eßlöffel (trocken 12·5 g) 0·5 g Chinin. tannic. (entspricht 0·25 g Chinin. sulfuric.). — Diastasin mit unterphosphorigsaurem Kalk und Eisen. Gehalt an Calcium hypophosphorosum und Ferrum citricum ammoniatum zu gleichen Teilen in einem Eßlöffel (flüssig 25 g, trocken 12½ g) 0·2 g. — Diastasin mit Chinin und Eisen. Gehalt an Chinin. ferro-citricum in einem Eßlöffel (flüssig 25 g) 0·25 g und in einer Pastille 0·1 g. In einem Eßlöffel (trocken 12·5 g) 0·25 g. — Diastasin mit Jodkalium. Gehalt an Jodkalium in einem Eßlöffel (flüssig 25 g) 0·5g, in einer Pastille 0·2 g. In einem Eßlöffel (trocken 12·5 g) 0·5 g. — Diastasin mit Pepsin. Gehalt an Pepsin und Milchsäure in einem Eßlöffel (flüssig 25 g, trocken 12½ g) 0·5, bezw. 0·15 g. — Diastasin mit Lebertran nur in flüssiger Form. Enthält 33⅓% besten norwegischen Lebertran. — Diastasin mit Phosphor-Lebertran, nur in flüssiger Form. Enthält 33⅓% besten norwegischen Lebertran und in einem Eßlöffel (20 g) 0·0005 g Phosphor. — Kola-Diastasin. Gehalt an Alkaloid 1%. Bei körperlichen Anstrengungen, Radfahren, Touristik, Reiten, Märschen, Sporttätigkeit, als Anregungsmittel.

Duran. Zusammensetzung: Ein weißes, Kalzium- und Magnesiumkarbonat und -Phosphat „in organischer Bindung" enthaltendes Pulver. Findet Anwendung in Tablettenform bei mangelhaften Ernährungszuständen, besonders bei Rhachitis.

Fucol. Zusammensetzung: Ein aus gerösteten Algen und feinem Oel hergestelltes Präparat. Eigenschaften: Olivenfarbenes, angenehm kaffeeartig schmeckendes Oel von großer Emulsionsfähigkeit. Anwendung: Als leicht resorbierbares Lebertran-Ersatzmittel.

Guderin. Zusammensetzung: Ein aromatisches, neutrales Eisen-Mangan-Pepton, das 0·4% Eisen, 0·1% Mangan, zirka 4·5% Eiweißstoffe, 5% Zucker und 10% Wein, Wasser, Glyzerin und Weingeist enthält.

Haemadurol. Zusammensetzung: Ein alkoholfreies Eisenmanganpräparat.

Haeman. Zusammensetzung: Eine als wirksame Substanz Rhodaneisen und Pepton enthaltende und mit Geschmackskorrigentien versetzte Flüssigkeit.

Haematicum, Glauchs. Zusammensetzung: Eine aromatische Lösung von milchsaurem Eisensaccharat.

Haematin-Albumin Finsen. Zusammensetzung: Von Salzen und Extraktivstoffen befreites, sterilisiertes, getrocknetes Blut. Eigenschaften: Bräunliches, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver. Anwendung: Dreimal täglich einen Teelöffel voll in Wasser, Bier, Wein oder Bouillon, als diätetisches Blutpräparat. Kindern die Hälfte.

Haematoffa. Zusammensetzung: Kakes mit einer mußartigen Zwischenlage, welche per Kake 0·5 g trockenes Hämatogen enthält. Anwendung: Als diätetisches Präparat gegen Blutarmut.

Haeminal. Zusammensetzung: Ein aus den löslichen Albuminaten und Salzen des Blutes unter Eliminierung des Fibrins, der Urate und der übrigen Nebenbestandteile hergestelltes Präparat. Anwendung: Gegen Anämie, Chlorose, Rhachitis, Skrofulose sowie zur Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes.

Haemolecithin-Tabletten, Aschoffs. Zusammensetzung: Tabletten, deren jede das natürliche Bluteisen aus einem Teelöffel Blut und 0·1% Lecithin enthält.

Haemolin. Zusammensetzung: Ein aus Hämoglobin und Malzextrakt bestehendes Präparat. Anwendung: Als Diätetikum.

Haemoprotagon. Zusammensetzung: Ein Eisen und Phosphor in organischer Bindung enthaltendes Hämolecithin.

Helfin (Remedium anthelminthicum Helfenberg). Zusammensetzung: Das Mittel besteht aus vier Stück Gelatinekapseln, welche zusammen 4 g frisches Farnkrautwurzelextrakt mit 8 g Rizinusöl gemischt enthalten, sowie elf weiteren Kapseln, die mit einem Gemisch von 3 g Terpentinöl und 30 g Rizinusöl gefüllt sind. Anwendung: Abends acht weiße Kapseln, Tags darauf früh nüchtern vier schwarze und darauf drei weiße Kapseln. Kindern gibt man ein um die Hälfte schwächeres Mittel, bei welchem auch das Terpentinöl fortgelassen ist. — (Riedels Berichte.)

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Fermenttherapie.

In Nummer 21 (1905) der „Fortschritte der Therapie“ berichtet A. Klautsch über seine Erfahrungen mit der Fermenttherapie im Säuglingsalter. Zu seinen Versuchen benutzte er das von der chemischen Fabrik „Rhenania Aachen“ hergestellte Pankreaspräparat „Pancreon“, welches ein feines, trockenes, geruchloses und unverändert haltbares Pulver von grauer Farbe darstellt, das auf der Zunge einen angenehmen, schwach säuerlichen Geschmack hinterläßt. Das Mittel enthält sämtliche pankreatischen Enzyme, also das eiweißverdauende tryptische, das diastatische und das Fett emulgierende steaptolytische sowie das die Milchgerinnung erzeugende labähnliche Ferment. Es verdaut in einer Dosis von 1 g innerlich in 15 Minuten bei einer Temperatur von 40° in schwach alkalischer Lösung von 100 g Eiweiß 83% und entwickelt hiebei eine sehr intensive amylolytische und fettspaltende Wirkung. Zur besseren Verwendung in der Säuglingstherapie bringt die Fabrik das Pancreon mit dem für die Säuglingernährung ebenfalls wichtigen Milchzucker gemischt in Tablettenform unter der Bezeichnung „Pancreonzucker“ in den Handel. Jede Tablette enthält 0·05 g Pancreon und 0·2 g Zucker. Von diesen Tabletten werden dem Säugling je nach Bedürfnis 2—6 Stück täglich, fein gepulvert, der trinkfertigen, auf Körpertemperatur erwärmten Milch erst unmittelbar vor ihrer Verabreichung an das Kind zugesetzt und gut mit derselben durch kräftiges Schütteln vermischt.

In allen zur Beobachtung gekommenen Fällen konnte Vf., ohne daß ein Wechsel der bisherigen Nahrung vorgenommen wurde, konstatieren, daß mit der Verwendung des Pancreon eine entschiedene Besserung eintrat, insofern einmal die Entleerungen der Kinder an Farbe und Konsistenz normal waren und keine Reste unverdauter Speisen mehr enthielten, ein Beweis, daß die Nahrung erheblich besser als vorher ausgenutzt war, daß ferner der

Appetit in der Mehrzahl der Fälle ein guter war und auch blieb, und daß sich dann dementsprechend der allgemeine Kräftezustand und das Allgemeinbefinden rasch besserten, was seinen Ausdruck fand in den fast gleichmäßigen allwöchentlich kontrollierten Gewichtszunahmen. Allerdings wurde das Pancreon erst dann zur Nahrung hinzugesetzt, nachdem etwaige Krankheitserscheinungen gehoben waren und nur die körperlichen Zunahmen nicht in der gewünschten Weise erfolgten, wenn aus der Untersuchung der Stühle auf mangelhafte Tätigkeit der kindlichen Verdauungsdrüsen zu schließen war. Gerade in diesen Fällen, welche so häufig in der Pflege der Säuglinge vorkommen, hält Vf. die Verwendung von Pancreon für einen wesentlichen Gewinn.

Dysenterie-Serum ist ein Serum von Pferden, resp. Eseln, welche mit Dysenteriekulturen und Dysenterietoxin vorbehandelt sind.

2. Nahrungs- und Genußmittel.

Bereitung der schottischen Hafergrütze. 60—70 g schottischer Hafergrütze werden mit $^3/_4$ Liter Wasser aufgesetzt, so daß nach zweistündigem Kochen ein ziemlicher Brei entsteht. Der Topf wird dann vom Feuer genommen und in ein anderes Gefäß mit kochendem Wasser gestellt, wo er unter beständigem Umrühren mehrere Stunden kochen soll. Man läßt den Brei dann über Nacht stehen, kocht ihn am Morgen nochmals auf, filtriert ihn durch ein Sieb und kann dann außer zwei Eigelb weitere wünschenswerte Zusätze machen, wie Puro, Sanatogen, Bismutose etc.

Diese Grütze leistet vorzügliche Dienste in der Behandlung einer Reihe von Magenaffektionen.

Ueber eine neue Buttermilchkonserve äußert sich Kassel in der Berliner klin. Wochenschr. Nr. 29, 1905.

Seit geraumer Zeit spielt die Buttermilch in der Therapie der Darmkrankheiten und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter im Baginsky'schen Krankenhaus in Berlin eine große Rolle. Baginsky hatte eine Reihe von Untersuchungen mit Konserven machen lassen, die von der Firma C. F. Böhringer und Söhne in Mannheim zur Verfügung gestellt waren, sich aber nicht bewährt hatten. Nach Beseitigung einiger Mängel hat die gleiche Firma in letzter Zeit ein Präparat hergestellt, das Gegenstand weiterer Untersuchungen wurde. Die bei der Herstellung desselben verwendete Vollmilch ist aus Stallungen hervorgegangen, deren Betrieb ein durchaus hygienisch einwandfreier ist und deren Produkte einer täglichen chemisch-bakteriologischen Kontrolle unterworfen sind. Die Vollmilch wird beim Produzenten pasteurisiert, darauf in Porzellangefäßen mit Milchsäurekulturen versetzt und bei 36° C. belassen, bis eine lebhafte Milchsäurebakterienentwicklung eintritt und ein bestimmter Säuregrad erreicht ist. Dann wird sie mit ihrem Reste in Porzellangefäßen in wenigen Stunden im Vakuum bei zirka 50° C. völlig eingetrocknet. Der Rückstand wird zwischen Porzellanwalzen gemahlen und zu 1600 g Milchpulver 300 g Zucker, 100 g Weizenmehl und 20 g Roborat zugesetzt. Die Konserve präsentiert sich als ein weißes Mehl. Vf. stellt die trinkfertige Nahrung her, indem er zu 1 l kochenden Wassers 200 g der Konserve zusetzt; da sie leicht sedimentiert, muß die Flasche vor der Darreichung geschüttelt werden. Die Indikationen der Darreichung decken sich mit denen der frischen Buttermilch. Die chemische Zusammensetzung ist folgende:

	Trockensubstanz %	Eiweiß	Fett	Kohlehydrate	Azidität	Salze
Muttermilch . .	—	1·11	3·22	6·78	—	0·2
Kuhmilch . . .	—	3·3	3·5	4·5	—	0·7
Frische trinkfertige Buttermilch	—	3·3	0·51	4·5	60—70	—
Trockene Buttermilchkonserve	89·36	22·94	11·28	51·70	48—50	5·02

Mit **Dr. Theinhardts Hygiama** hat Schweitzer in folgenden Fällen gün-

stige Erfolge erzielt: 1. In fieberhaften Krankheiten, Influenza, Pneumonie, Febris gastrica und besonders in der Rekonvaleszenz nach diesen Krankheiten. 2. Bei sämtlichen Störungen im Digestionsapparat, von leichten Magenverstimmungen bis zu den schwersten Erkrankungen des Magens und Darms wurden mit dem Mittel befriedigende Resultate erzielt. Besonders wertvoll ist Hygiama nach der Erfahrung des Vfs. bei Ulcus ventriculi dann, wenn sich der ausschließlichen Milchnahrung die bekannte unüberwindliche Abneigung entgegenstellt. Er ließ selbst nach schweren Magenblutungen abwechselnd eine Tasse Milch und eine Tasse Hygiama reichen und konnte diese Diät ohne Schwierigkeit mehrere Wochen lang durchführen. 3. Bei Herzaffektionen, besonders den Herzneurosen, wurde Hygiama stets ohne Beschwerden vertragen. 4. Im höheren Greisenalter kann von dem Mittel in vielen Fällen mit Vorteil Gebrauch gemacht werden. — (Deutsche Med.-Ztg., Febr. 1905.)

Vin Arond. Zusammensetzung: Ein die löslichen Bestandteile des Fleisches und der Chinarinde enthaltender Wein.

Vin cardiaque du Dr. Saison. Zusammensetzung: Ein Sparteïnsulfat, Convallamarin und Jodkalium enthaltender Wein. Anwendung: Gegen Herzleiden.

Vin Defrèsne à la Peptone. Zusammensetzung: Ein Fleischpepton enthaltender Wein.

Vin de Moride. Zusammensetzung: Ein aus Meerpflanzen bereiteter Wein, welcher auf 1 l 1 g Jod enthält. Anwendung: Als Lebertranersatzmittel.

Vin Menut. Zusammensetzung: Ein mit Kola, Chinarinde und Ilex paraguariensis hergestellter Wein. Anwendung: Als Roborans und Diuretikum.

Vin Nourry. Zusammensetzung: Ein diätetischer Wein, welcher in einem Eßlöffel 0·05 g Jod und 0·1 g Tannin enthält. Anwendung: Als Lebertran-Ersatzmittel. — (Riedels Berichte.)

3. Rezeptformeln.

Okzipitalneuralgie, Periostitisschmerzen:

Rp. Trigemini 0·25

D. t. d. Nr. X. ad caps. gelat. S. Nach Bedarf 1—2 Kapseln ein- bis dreimal täglich zu nehmen.

Rp. Trigemini 0·5

f. p. D. t. d. Nr. II—V. ad chart. cerat. S. 1—2 Pulver pro Tag in Oblaten mit etwas Wasser zu nehmen (für Erwachsene).

Pemphigus:

Rp. Vioform 5·0
Bismuth. subnitr. 8·0
Lanolin
Ungt. boric. } āā 40·0

M. f. ungt. — (Ther. Mon.-Ber. Nr. 7, 1905.)

Sommerdiarrhöe der Kinder:

Rp. Tannalbin (Knoll)
Ichthalbin (Knoll) } āā 0·3
Pulv. cinnamom. 0·03

M. f. p. D. t. d. Nr. XX. S. 1—2 Pulver zwei- bis dreimal täglich, je nach dem Alter. — (Ratner, Deutsche Med.-Ztg. Nr. 70, 1903.)

Trychophytia barbae:

Rp. Sublimat. 0·2
Formol. 0·75
Aceton. 10·0
Spir. camphor. ad 100·0

— (Brocq. Zentralbl. f. Dermat. Nr. 8 u. 9, 1905.)

Trichocephaliasis:

Rp. Calomelan. 0·06
Extr. Rhei pulv. 0·3

M. f. pulv. D. Morgens und abends ein Stück zu nehmen (Gibson).

Rp. Tinct. flor. sesquichlor. 1·2
Aq. dest. 90·0

M. D. Dreimal täglich 1 Eßlöffel voll. — (Sandler, Deutsche med. Wochenschrift Nr. 3, 1905.)

4. Behandlungsmethoden.

Kaliumpermanganat gegen Fußschweiß.

Das Kaliumpermanganat wird in Lösung und als Streupulver angewandt.



Man gibt am Anfang Fußbäder mit einer 1%igen Permanganatlösung, steigt nach je 3—4 Tagen um 1%, bis man nach zirka 14 Tagen bei einer 6%igen Lösung angelangt ist. Die Fußbäder werden abends genommen, und zwar möglichst warm (zirka 40°), Dauer 1/4 Stunde. Man läßt den Fuß trocknen (nicht abwischen).

Am anderen Morgen bestreut man die Füße mit folgendem Pulver:

Rp. Kal. permanganic. 13·0
Alumen 1·0
Talc. 50·0
Zinc. oxydat. } āā 18·0
Calcaria }
D. S. Streupulver.

Zwischen die Zehen kommen kleine Wattebäuschchen, die Socken werden täglich gewechselt. Das Verfahren ist zu jeder Zeit ausführbar, es ist schmerz- und gefahrlos. Dauer der Kur zirka 14 Tage, je nachdem man nach dem dritten oder vierten Bad um 1% steigt. Die Kur ist beendet, wenn die morgens eingelegten Wattebäuschchen abends nicht mehr feucht sind. — (Journ. d. Pharm. von Elsaß-Lothr., H. 6, 1905; Ther. Monats-Berichte Nr. 7, 1905.)

Tracheale Ozäna wird nach Simonescu am günstigsten beeinflußt durch Pulverisationen mit antiseptischen Substanzen, wie Thymol, Silbernitrat, Lysol (neben der Allgemeinbehandlung). Lysol gibt die besten Resultate. Es bietet angeblich vor den anderen Substanzen insofern Vorteile, als es die Bildung neuer Borken verhindert. Seine Wirkung soll zuverlässiger sein, obwohl es weniger antiseptisch wirksam ist als das Argentum nitricum. Vf. konnte weder die kürzlich beschriebenen diphtherieähnlichen Bazillen von Belfanti und Della Vedova, noch einen Erfolg der Diphtherieserum-Therapie (Gradenico) bestätigen. — (Boll. de la soc. des méd. et nat. de Jassy, Nr. 5—6, 1905.)

Behandlung der chronischen gonorrhoischen Urethritis mit Kollargol.

Nachdem Dr. Tansard früher bei der Behandlung akuter Gonorrhöen (zweimal täglich Urethra-Blasenspülungen mit 1 l Kollargollösung 1 : 500) eine starke gonokokkentötende Wirkung und eine absolute Reizlosigkeit des Kollargols auf Urethra und Blase konstatiert hatte, hat er es nun in ausgedehntem Maße bei der Behandlung alter chronischer Urethritiden in 4%iger Lösung verwandt. Von dieser Lösung instillierte er 2 cm³, deren Wirkung er in ganz veralteten Fällen mit tiefen Läsionen der Mukosa dadurch zu verstärken sucht, daß er nach vorausgegangener Béniqué-Sondenmassage, Spülung und Instillation die Urethra hinter der Glans mittels eines Fadens abschnürt, was eine unter Umständen stundenlange Einwirkung des Kollargols ermöglicht. In allen alten Fällen verschwinden die Gonokokken nach weniger als 30 Instillationen. Im Anfang der Behandlung tritt manchmal eine nur kurz dauernde Steigerung des Ausflusses auf. Zystitis behandelte der Autor mit einmal täglichen Instillationen von 3—4 cm³ der 4%igen Lösung und heilte dadurch fünf von sechs Fällen in weniger als acht Tagen. Neben seiner deutlichen Wirkung auf Gonokokken hat das Kollargol dem Vf. Vorzüge gezeigt, die kein anderes Präparat aufzuweisen hat: 1. absolute Reizlosigkeit auf Urethra und Blase, 2. absolute Schmerzlosigkeit der Behandlung, 3. Unmöglichkeit, durch Anwendung zu starker Lösungen Aetzwirkungen zu erzeugen, da das Kollargol absolut nicht ätzt. — (Journ. d. Praticiens Nr. 20, 1905.)

Ungt. Credé bei Komplikationen der Gonorrhöe.

Brindel wendet bei der äußerlichen Behandlung der gonorrhöischen Epididymitis Ungt. Credé an und 25%ige Guajakolsalbe, welch letztere noch schmerzstillend wirkt. Ebenso werden bei gonorrhöischer Arthritis Einreibungen des Gelenks in seiner ganzen Ausdehnung mit Ungt. Credé empfohlen von Frauenthal. — (Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene Nr. 2, 1905.)

Behandlung pyogener Infektionen des Augapfels.

A. Ramsay (Edinburg) rühmt bei Reizzuständen Kollyrien von 10%iger



Kollargollösung. Auch ließ er aus sterilisierter Gelatine und Glyzerin mit 10%iger Kollargollösung imprägnierte oblatenartige Scheibchen von zirka 1 cm² Oberfläche herstellen und in den Bindehautsack bringen, wo sie 2—3 Stunden zu ihrer Lösung brauchen und während dieser Zeit bakterizid wirken. — (The Ophthalmology, April 1904.)

Behandlung von Nervenschmerzen mit Radiumstrahlen.

F. Raymond und A. Zimmern haben durch Anwendung von stark aktivem Radiumbromid Erfolge bei den lanzinierenden Schmerzen und Crises gastriques der Tabiker erzielt. — (Bull. gén. de thérap.; Pharm. Ztg. Nr. 55, 1905.)

5. Varia.

Erste Hilfeleistung bei einigen plötzlichen und bedrohlichen Erkrankungen.

Apoplexia cerebri: Lagerung des Kranken bei wahrscheinlicher Hämorrhagie mit erhöhtem Oberkörper. Aderlaß bei Kräftigen, bei Turgor des Gesichtes und kräftiger Herzaktion; Blutegel an den Kopf; Essigwasserklistiere. — Bei Schwachen, schwacher, unregelmäßiger Herztätigkeit, bei Kollaps: Anspritzen mit kaltem Wasser; starker schwarzer Kaffee, Wein, Rum, Ammon. carb., große Sinapismen auf die Brust und Waden, Einwicklung der Extremitäten in warme Tücher, Bürsten der Haut, reizende Klistiere, Kampher, Aether innerlich, und subkutan.

Blasenblutung: Eiswasserkompressen auf den Damm und die Regio hypogastrica, Einspritzung von Eiswasser in die Blase, kalte Klistiere, kalte Sitzbäder, Injektionen von heißem Wasser (41° R.), von 1‰ Arg. nitric. oder Liqu. Ferri sesquichlorat. mittels Katheter a douple courant, innerlich Tannin, Secale cornutum, Plumb. acetic., Extr. hydrast. canadens., subkutane Ergotin-Injektionen. Ev. 2%ige Gelatine-Injektion in die Blase zu versuchen.

Rp. Secal. cornut. 0·2
Sacch. alb. 0·3

M. f. p. D. t. d. Nr. X in chart. cerat. S. Mehrmals ein Pulver.

Rp. Argent. nitric. 0·25—0·5
Aq. dest. ad 500·0

M. D. S. Zur Injektion.

Rp. Secale. dialysat. (Golaz)

D. S. Zur subkutanen Injektion. $1/2$ bis 1 Spritze.

Rp. Liqu. Ferri sesquichlorat. 2·0—5·0
Aq. dest. ad 500·0

S. Zur Injektion.

Gallensteinkolik. Behandlung des Anfalles: Morphium subkutan, Chloralhydrat, Belladonna, Chloroforminhalation, Olivenöl innerlich, Glyzerin (20—30 g in Wasser, eventuell mit Zusatz von Chloroform), heißes Wasser mit Natr. bicarb., Natr. salicylic., Karlsbader Mühlbrunnen, ferner heiße Umschläge auf die Gallenblasengegend, warmes Bad. Bei Kollaps: Wein, Aether, schwarzer Kaffee, Einhüllen in wollene Decken.

Rp. Extr. Belladonnae 0·02
Morph. hydrochlor. 0·01
Butyr. Cacao 1·5

M. f. supp. D. t. d. Nr. VI. S. Ein- bis dreimal täglich in Zäpfchen.

Rp. Natr. bicarb.
Natr. salicylic. } āā 1·0
Sacchar. alb.

M. f. p. D. t. d. Nr. X. Ein- bis zweistündlich ein Pulver.

Rp. Ol. Olivar. optim. 100—200·0
Menthol. 0·5
Cognac 20·0
Eidotter (fein zerrieben) 1—2

M. D. S. Innerhalb einer Stunde in zwei Teilen zu nehmen.

Gebärmutterblutung. Skarifikation der Portio bei Mennorhagie vor der Periode. Absolute Ruhe. Kalte Nahrung, beschränkte Diät, Eisblase auf den Leib. Kalte oder heiße Wasserinjektionen in die Scheide. Tamponade. Innerlich Secale cornutum, Ergotin, Hydrastinin, Extr. hydrast. canad., Extr. Hamamelis virgin., Salipyrin, Stypticin, 0·025—0·05, Styptol (0·05 drei- bis viermal täglich in Tabletten) Ergotindialysat mehrmals täglich per os oder subkutan, Ergotinol subkutan.

Rp. Extr. Hydrast. canad. inspissat.
Extr. Gossypii inspissat.
Ergotini } ää 3·0

M. f. pilul. S. Dreimal täglich drei Pillen.

Rp. Tinct. haemostyptica (Fritsch) 30·0

D. S. Dreimal täglich 1—2 Teelöffel voll.

Rp. Hydrastinin. hydrochlor. 0·05
Sacch. alb. 1·0

M. f. trochisc. D. t. d. Nr. XII. S. Viermal täglich 1 Stück.

Rp. Hydrastinin. hydrochlor. 1·0
Aqu. dest. 10·0

M. D. S. Zur subkutanen Injektion ½—1 Spritze.

Rp. Secal. cornut. 0·2—0·6
Sacch. alb. 0·3

M. f. p. D. t. d. Nr. VIII (in chart. cerat.). S. Mehrmals täglich ein Pulver.

Rp. Ergotini dialys. 2·0
Acid. carbol. liqu. 0·1
Aqu. dest. 10·0

M. D. S. Zur subkutanen Injektion ½—1 Spritze.

Spasmus glottidis. Anspritzen des Gesichtes mit kaltem Wasser, Sinapismen auf die Brust, Reizung der Nasenschleimhaut mit einer Feder oder dergl. Klistiere von Kamillentee. Bei drohender Asphyxie: kalte Uebergießungen im warmen Bade, Chloroforminhalation, Chloralhydrat, künstliche Respiration, eventuell Intubation oder Tracheotomie.

Rp. Chloral. hydrat. 1·0
Natr. bromat. 2·0
Aqu. dest. 120·0
Syr. Aurant. 30·0

M. D. S. Viertel- bis halbstündlich einen Teelöffel (bei Kindern). — (J. Schwalbe in Reichs-Med.-Kalender 1905.)

Zur Indikation und Dosierung des Morphins äußert sich Sommer in der Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges (Nr. 43, 1905). Er hat die Tatsache, daß bei intrakraniellen Leiden, die mit einer gewissen Abstumpfung der Hirnfunktionen einhergehen, in erster Linie bei den Meningitiden, die gehirnlähmende Wirkung des Morphiums größer ist als bei Menschen mit gesundem Cerebrum, nirgends erwähnt gefunden und macht Mitteilung von einem Falle, in dem es ihm passierte, daß ein seit wenigen Tagen bettlägeriger Erwachsener mit ausgesprochenen Meningitissymptomen nach abendlicher einmaliger subkutaner Injektion von 0·015 Morphium bis zu seinem mehrere Tage nachher erfolgten Tode nicht zum Bewußtsein kam. Aus dieser Erfahrung zieht er den Schluß, bei gehirnkranken Jugendlichen mit der Darreichung von Morphium und ähnlichen Betäubungsmitteln zurückhaltend und vorsichtig zu sein.

Der Geheimmittelverkehr in Deutschland.

Die unter den Bundesregierungen vereinbarten Vorschriften über den Verkehr mit Geheimmitteln und ähnlichen Arzneimitteln sind seit mehr als einem Jahre in Kraft und haben, soweit Nachrichten vorliegen, zu einer wesentlichen Einengung des Handels mit den von den Vorschriften betroffenen Mitteln geführt. Daß es an Umgehungsversuchen nicht fehlen werde, war vorauszusehen; namentlich durch Aenderung des Namens unter geringfügiger Aenderung der Zusammensetzung, hat man versucht, solche Mittel dem Wirkungsbereich der ergangenen Verordnungen zu entziehen. Auch hat sich eine verstärkte Reklame für neue oder in die Geheimmittellisten zunächst nicht aufgenommene Mittel bemerkbar gemacht. Es wird deshalb eine Revision dieser Listen angestrebt. Das Reichsamt des Innern hat Verhandlungen hierüber mit den Bundesregierungen eingeleitet. — (Pharm. Post.)

Das Diphtherie-Heilserum mit der Kontrollnummer 74, geschrieben: „Vierundsiebenzig" aus der Merck'schen Fabrik in Darmstadt, ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit dieser Kontrollnummer dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium

bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Eserin.

Größte Vorsicht in der Anwendung von Eserin empfiehlt Speer, welcher zwei Fälle von zufälliger Intoxikation beobachtete. Er wandte das Mittel erfolgreich gegen das Heufieber an, indem er je einen Tropfen einer 1%igen Lösung in die Nasenhöhle instillierte. Bei einer Patientin traten nun plötzlich enorme Blässe, Herzschwäche, Angstgefühl, kalter Schweiß ein. Bei einem mit Iritis behafteten Kranken, der einige Tropfen ins Auge geträufelt bekam, traten dieselben Symptome in etwas geringerem Maße auf. Die Intoxikationserscheinungen schwanden ohne Nachteile nach einigen Stunden. — (Therapeutic. gazette, Nr. 7, 1904; Ther. Mon. Ber., Nr. 1, 1905.)

Bücher-Anzeigen.*)

Ueber einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Von Prof. Dr. A. Pick in Prag. Halle a. S. 1904. Verlag von Karl Marhold. Sammlung Hoche, Bd. V, H. 1. Preis 0·80 Mark.

Es treten im Kindesalter nervöse Erkrankungen auf, die vielfach unter der Flagge allgemeiner Nervosität segeln, die in neuerer Zeit jedoch als besondere Formen psychischer Schwächezustände, resp. Erkrankungen aufgefaßt werden. Vf. bespricht in einem Vortrage die sogenannten Fugues, die Tics, die Zwangsvorstellungen, die damit zusammenhängende Skrupulosität, endlich die pathologische Träumerei, Erscheinungen, deren Kenntnis gerade für den praktischen Arzt sehr wichtig ist, da seiner Beurteilung als Hausarzt meist derartige Fälle zuerst unterliegen. Auch in der Eigenschaft als Schularzt wird der Arzt manchmal Gelegenheit haben, derartig psychopathische Kinder zu erkennen und der geeigneten Behandlung zuzuführen.

R., München.

Tuberkulinbehandlung im Hochgebirge. Von Dr. Karl Spengler in Davos. Kommissionsverlag H. Erfurt, Buchhandlung in Davos.

Der Vf., welcher seit einer langen Zeit in Davos praktiziert, führt die Tuberkulinbehandlung neuerdings mit Perlsuchttuberkulin durch, eventuell unter Zuhilfenahme von Tuberkulin menschlicher Tuberkelbazillen und in schweren Fällen von Perlsuchtemulsion. Die Anwendung dieser Therapie wird ausführlich besprochen; Vf. erzielt, wenn die Fälle mit schlechtem Puls und Infektion beider Lungen in großer Ausdehnung, sowie mit schweren Komplikationen ausgeschlossen werden, nahezu 100% Heilungen. Im allgemeinen zeitigt die Tuberkulinbehandlung, welche zwar überall erfolgreich durchgeführt werden kann, auf der Basis des Hochgebirgsklimas die schönsten Erfolge. Denn die eingehend erörterten Vorzüge desselben, wie Trockenheit der Luft, intensives Licht, lange Besonnung etc., regen die Tätigkeit des Körpers stark an und unterstützen die Wirkung des Tuberkulins in hohem Grade.

S.

Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Von W. Weygandt in Würzburg. Halle a. S. 1904. Verlag von Karl Marhold. 74 Seiten. Preis 2·40 Mark. (Aus der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten.)

Vf. definiert den Kretinismus als „einen endemisch auftretenden Zustand angebornen, dauernden Schwachsinns in Verbindung mit einem Zurückbleiben des Skeletts, mit Hautveränderung und Hemmung der geschlechtlichen Entwicklung, als dessen nächste Ursache eine Funktionsaufhebung der Schilddrüse anzusehen ist“.

In einem Ueberblick über die allmähliche Entwicklung unserer Kenntnis des Leidens wird auf die unrichtige Ansicht Virchows von der Entstehung des Kretinismus infolge zu frühzeitiger Verknöcherung der Schädelbasis hingewiesen. Die Kenntnis des Myxödems und der thyreopriven Kachexie haben die Lehre vom Kretinismus am meisten gefördert.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Ausführlich wird die Verbreitung der Krankheit, die an vielen Orten im Abnehmen begriffen ist, geschildert.

Für die Symptomatologie ist der radiographische Nachweis des Zurückbleibens der Verknöcherung wichtig geworden. Das Myxödem kommt nicht nur bei Erwachsenen vor, sein Fehlen ist durchaus kein Kriterium für den endemischen Kretinismus, wie manche Autoren glauben. Der Kretinismus ist eine der vielen Formen des ätiologisch ungemein differenten Sammelbegriffs der Idiotie, und zwar gehört er zur apathischen, anergetischen Art des Schwachsinns. Die Bildungsfähigkeit ist hier, wie bei allen Formen der Idiotie, je nach dem Grade des psychischen Defekts verschieden, wie auch die körperlichen Veränderungen die verschiedensten Stufen erreichen können. Man hat infolgedessen eingeteilt in Zwergkretinen, Halbkretinen und Kretinoide. Formes frustes sind sehr häufig.

Die Fragen, in welcher Weise die Erkrankung der Schilddrüse auf den übrigen Organismus einwirkt und welche äußere Ursachen die Entwicklung der Schilddrüse selbst stören, sind immer noch nicht sicher zu beantworten. Ob Erblichkeit oder nur gleichartige schädigende Lebensbedingungen den endemischen Charakter schaffen, steht noch nicht fest. Vf. glaubt an einen organisierten Erreger und an eine individuelle Disposition. Die genauen Beziehungen zwischen Kropf und Kretinismus sind noch unklar.

Von der ausführlich geschilderten Anatomie sei nur auf den Befund der Verlängerung der Spitzenfortsätze an den Hirnrindenzellen hingewiesen, die sich auch experimentell an thyriektomierten Kaninchen zeigen ließ.

Die Differentialdiagnose wird durch die häufigen Formes frustes erschwert. Es kommen in Betracht: 1. die übrigen threogenen Erkrankungen (z. B. Myxödem der Erwachsenen), 2. andere Fälle von Zwergwuchs (echte Nanosomie, Rachitis etc.) und 3. anderweitige Fälle von angebornem Schwachsinn (z. B. Mongolismus). Ein durchgreifender Unterschied zwischen endemischem, sporadischem (infantilem) Kretinismus ist nicht festzustellen.

Die Thyreoidin-Behandlung ist auch bei älteren Kretinen zu versuchen. Zu empfehlen sind Thyreoidinum siccatum Merck (täglich 1—3 Tabletten à 0·1 g) oder ähnliche Präparate anderer Fabriken. Stets muß die Herztätigkeit dabei gut überwacht werden. Nicht aussichtslos ist die Jodbehandlung. Unbegründet ist die von Zichen empfohlene Kraniektomie. Die psychische Erziehung ist sehr wichtig. Einstein, Stuttgart.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

First annual Report of the Henry Phipps Institute for the study, treatment and prevention of Tuberkulosis. February 1. 1903, to February 1. 1904. Published by the Henry Phipps Institute. Philadelphia 1905. 265 Seiten.

Zur Multiplizität primärer Karzinome. Dissertation von Dr. Emil Weil. München 1905. 33 Seiten. 2 Abbildungen. Verlag von Kastner und Callwey.

Stoffwechsel-Krankheiten. Von Dr. Ferdinand Blumenthal. Medizinische Handbibliothek. XIII. Band. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1905. 130 Seiten. Preis K 2·80 = Mk. 2·40.

Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung. Von Dr. med. Th. Walzberg. Mit einer Tafel in mehrfarbigem Druck nach eigenen Operationsergebnissen gemalt vom Verfasser und einer topographischen Skizze. J. C. C. Bruns' Verlag. Minden i. W. 1905. 59 Seiten.

Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1904. Ein Jahrbuch für praktische Aerzte. Bearbeitet und herausgegeben von Dr. Arnold Pollatschek. XVI. Jahrgang. Wiesbaden 1905. Verlag von J. F. Bergmann. 350 Seiten. Preis Mk. 8·60.

Die sexuelle Frage. Von Prof. Dr. Aug. Forel. Mit 23 Figuren auf 6 Tafeln. 11. bis 15. Tausend. Verlag von Ernst Reinhardt. München 1905. 587 Seiten. Preis Mk. 8.

Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Osteomalacie. Inaugural-Dissertation von Richard Schuster in Aachen. 52 Seiten. 2 Abbildungen. Gießen 1905. Verlag der Münchow'schen Druckerei (O. Kindt).

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Ueber die therapeutische Bedeutung der künstlichen Hyperämie.

Von Dr. **Richard Lewisohn** in Heidelberg.

Daß die Steigerung der Blutzufuhr zu einem erkrankten Körperteil bei den verschiedensten Arten entzündlicher Prozesse günstig auf den Heilungsprozeß einwirkt, ist eine von altersher bekannte Tatsache, ebenso wie man seit langer Zeit weiß, daß der Körper selbst bei dem Versuch, ihn treffende Schädlichkeiten auszugleichen, sich stets der Hyperämie als Abwehrmittel bedient. Aber der menschliche Körper ist keineswegs mit Schutz- und Heilkräften so reichlich ausgestattet, daß er nicht eine künstliche Unterstützung, respektive Verstärkung seiner Machtmittel gebrauchen könnte. Man denke nur z. B. an die Antitoxinbehandlung bei Infektionskrankheiten. So reicht auch die Hyperämie, die der Körper selbst erzeugt, oft nicht aus und muß durch künstliche Mittel gefördert und verstärkt werden. Das Verdienst, diesen Gedankengang in konsequenter Weise in jahrelangen, eifrigen Studien verfolgt zu haben, gebührt unstreitig Bier, der, nachdem er sich zwölf Jahre mit dieser Frage beschäftigt hatte, vor zwei Jahren in einem ausführlichen Werk „Hyperämie als Heilmittel" seine Erfahrungen eingehend niedergelegt hat. Bier unterscheidet im wesentlichen zwei Gruppen von Hyperämien, die aktive und die passive Hyperämie. Zur Erzeugung der ersteren hat er die sogenannten Heißluftapparate konstruiert, während die passive Hyperämie, auch Stauungshyperämie genannt, durch Anlegung einer Gummibinde hervorgerufen wird. Beide Gruppen sind, wenn man so sagen darf, der Natur abgelauscht, die auch keineswegs nur die sogenannte arterielle = aktive Hyperämie benutzt, sondern ebenso oft die venöse = passive, mit einer starken Verlangsamung des Blutstromes einhergehende Hyperämie für ihre Heilungsprozesse verwendet.

Das Modell des Heißluftapparats ist ein sehr einfaches und daher billiges, so daß die Anschaffung auch für Minderbemittelte möglich ist. Es besteht aus einem Zylinder aus Asbestfilz (zum Schutz gegen Feuersgefahr), in den das erkrankte Gelenk hineingesteckt wird, worauf dann die seitlichen Oeffnungen durch Stoffmanschetten geschlossen werden. In den Boden dieses Zylinders mündet ein Rohr, durch das von einer am Fußboden aufgestellten Spiritusflamme heiße Luft in den Apparat getrieben wird (und zwar kann man durch Nähern, respektive Entfernen der Flamme die Temperatur leicht regulieren). Oben am Kasten findet sich eine Oeffnung zum Abzug der Luft und gewöhnlich noch eine zweite, in der ein Thermometer steckt. Man kann mit Hilfe dieses so einfachen Apparats leicht Temperaturen bis 100 und 120° hervorrufen, doch sollen im allgemeinen Temperaturgrade zwischen 60 und 80° eingehalten werden, da sonst leicht Verbrennungen auftreten. Auch hat man nach stärkeren Hitzeeinwirkungen, besonders bei blutarmen Personen, Ohnmachten, Kopfschmerzen, Appetitmangel etc. beobachtet. Die Anwendungsdauer soll gewöhnlich eine Stunde pro die nicht übersteigen.

Noch viel einfacher ist das Armatorium für die passive, die sogenannte Stauungshyperämie. Es besteht einfach in einer elastischen, zirka 6 cm breiten, dünnen Gummibinde, die zentral von dem er-

krankten Körperteil angelegt wird. Die Binde darf nur so leicht angelegt werden, daß sie keinerlei Beschwerden macht; im Gegenteil, einer der auf ihrer Anwendung basierenden großen Vorzüge soll darin bestehen, daß früher sehr schmerzhafte Teile bald fast vollständig schmerzlos werden, so daß die Patienten z. B. auch schwer erkrankte Gelenke bewegen können (siehe unten). Durch die Binde sollen nur die Venen komprimiert werden, keinesfalls aber die Arterien, da sonst eine sogenannte kalte Stauung einsetzt, die wegen der schweren Zirkulationsstörung bei längerer Einwirkung von größter Gefahr ist. Das in richtiger Weise gestaute Glied soll einen rötlichen bis höchstens leicht bläulichen Farbenton haben. Die Dauer der Stauung hängt sehr von der Art der Erkrankung ab. So soll man bei Tuberkulosen nicht länger als zwölf Stunden stauen und im allgemeinen ist es sogar ratsam, bei diesem Leiden nur 1 bis 2 Stunden pro die zu stauen, wobei man dann allerdings die Kompression etwas kräftiger machen kann. Die Anlegung der Binde an den Extremitäten bedarf natürlich keiner weiteren Erläuterung. Etwas schwieriger z. B. ist die Schulterstauung. Hier verwendet man am besten einen Gummischlauch, den man über einem lose um den Hals gelegten Tuch mittels Péan fixiert. Zur weiteren Sicherung dient ein Bindenzügel, der durch die gesunde Achselhöhle hindurchgeführt wird.

Mit diesen beiden Methoden ist aber die Möglichkeit, Hyperämie hervorzurufen, nicht erschöpft. Vor allem sind hier noch die Saugapparate zu erwähnen. Sie werden entweder als Modifikationen des alten J u n o d'schen Stiefels, d. h. Glasglocken, in welche die Extremität luftdicht hineingebracht wird, und in deren Binnenraum dann mittels einer Pumpe die Luft beliebig verdünnt werden kann, oder in Form von trockenen Schröpfköpfen verwendet. Auf beide Methoden wird noch weiter unten, im Anschlusse einer Arbeit von K l a p p, zurückzukommen sein. Durch die Luftverdünnung wird in erster Linie auf das Kapillarsystem und dann sekundär auf die Venen eingewirkt und in diesen Gefäßbezirken eine erhebliche Beschleunigung des Blutstromes hervorgerufen.

Ich muß es mir leider im Rahmen dieses Referats, das besonders die praktisch-therapeutische Seite der Hyperämie skizzieren soll, versagen, auf die zahlreichen wissenschaftlichen Fragen einzugehen, die B i e r in seinem Werk unter ausgedehnter Berücksichtigung der Literatur und unter eingehender Darlegung seiner eigenen experimentellen Versuche erörtert und mich auf einige kurze Andeutungen beschränken. Der starke bakterizide Einfluß der Stauungshyperämie, wohl in dem Kohlensäurereichtum des gestauten Organes begründet, ist von N ö t z e l experimentell nachgewiesen worden. — Daß die aktive Hyperämie eine stark resorbierende Wirkung haben müsse, war schon durch die Praxis festgestellt worden, da man mit dieser Methode chronische, ödematöse Gelenkerkrankungen in vielen Fällen zum Schwinden gebracht hatte. Es mußte daher angenommen werden, daß fast die ganze Resorption wässeriger oder wasserlöslicher Stoffe durch die Blutwege und nicht, wie man gewöhnlich glaubt, auf dem Lymphwege erfolgt. Die experimentelle Bestätigung hiefür brachte K l a p p, der nach Ausschaltung des gesamten Lymphstromgebietes nachweisen konnte, daß die Ausscheidung von in die Bauchhöhle eingespritztem Milchzucker durch die Nieren durch dieses Experiment keine quantitative oder zeitliche Verzögerung erleidet.

Daß die Hyperämie einen auflösenden Einfluß auf Narbengewebe ausübt, ist schon von altersher bekannt, z. B. hatte man oft beobachtet, daß Narben in der Scheide, die das Vaginallumen außerordentlich verengten, absolut kein Geburtshindernis abgaben, da sie unter der intra graviditatem eintretenden starken Hyperämie erweichten. Diese auflösende Wirkung der Hyperämie benutzt B i e r in ausgedehnter Weise bei Gelenkversteifungen (speziell den gonorrhoischen Gelenkwucherungen etc. — Weniger entschieden ist die Frage, wieweit die Hyperämie das physiologische Wachstum fördern kann. Obgleich H e l f e-

rich und andere über Fälle berichtet haben, in denen es ihnen z. B. gelungen war, Beine, die aus irgend welcher Ursache in ihrem Wachstum zurückgeblieben waren, durch Anwendung lokaler Hyperämie, um mehrere Zentimeter zu verlängern, steht Bier diesen Behauptungen auf Grund seiner eigenen negativen Erfahrung sehr skeptisch gegenüber und bemerkt, daß Täuschungen leicht durch Besserung des Grundleidens durch die Behandlung hervorgerufen werden. Einen entschieden günstigen Einfluß hat dagegen die Stauungshyperämie auf die Kallusbildung, und es sind jetzt schon zahlreiche Fälle bekannt, in denen Frakturen, die nur mangelhaft konsolidierten, durch die venöse Hyperämie prompt zur Heilung gebracht wurden, wobei besonders günstig die periostale Kallusbildung beeinflußt zu werden scheint.

Auf den so fruchtbaren Gedanken, tuberkulöse Erkrankungen mit Hyperämie zu behandeln, kam Bier durch zwei alte Beobachtungen, 1. daß bei Pulmonalstenosen Phthisen sehr häufig sind und 2. umgekehrt, daß Stauungslungen gegen Tuberkulose fast vollständig immun sind. Auf diesen beiden Beobachtungen fußend, hat Bier die Stauungshyperämie bei tuberkulösen Affektionen, speziell bei Knochen- und Gelenkerkrankungen angewandt, und gerade auf diesem Gebiet hat sich wohl die Stauungshyperämie wegen ihrer oft eklatanten Erfolge am meisten eingebürgert. Natürlich muß man auch hier individualisieren und speziell bei offenen Tuberkulosen mit Fisteln und profuser Eiterung sehr vorsichtig mit der Stauung vorgehen, da bei diesen Formen sonst, wie Bier selbst beobachtet hat, leicht Erysipele, Sepsis etc. auftreten. Nur in den ersten Tagen soll man mehrere Stunden stauen, dann aber bald auf eine Stunde pro die herabgehen, was zur Erzielung eines Erfolges reichlich genügt. Auffallend ist auch gerade bei den Knochen- und Gelenktuberkulosen das Aufhören der Schmerzen schon in den ersten Tagen der Stauungsanwendung. Sind die Schmerzen geschwunden, so darf man den Patienten ruhig gestatten, ihre erkrankten Glieder in schonender Weise zu gebrauchen. Daß die Stauung von günstigem Einfluß ist, macht sich z. B. bei offenen Tuberkulosen durch die frischere Farbe der Granulationen, bei Kontrakturen durch die Verbesserung der Beweglichkeit bald bemerkbar. Für den praktischen Arzt ist es natürlich von großen Vorteil, daß er einen großen Teil der einschlägigen leichteren Fälle ambulant behandeln kann. — Die Stauungshyperämie hat auch gute Erfolge bei Hodentuberkulose gezeitigt, auch hier ist die Technik höchst einfach, indem man nur einen dünnen Gummischlauch um die Basis des Skrotums zu knüpfen braucht. Da aber gewöhnlich, wenn der Arzt diese Fälle in Behandlung bekommt, die Tuberkulose bereits auf das Vas deferens übergegriffen hat, so ist im allgemeinen doch der relativ einfache operative Eingriff vorzuziehen. Ebenso ist das operative Verfahren bei Sehnenscheiden- und Drüsentuberkulose dem konservativen entschieden überlegen.

Eine sichere Domäne hat sich die Stauungshyperämie bei den genorrhoischen Gelenkerkrankungen erworben, und zwar sowohl bei den akuten, als bei den sekundären chronischen Formen. Gerade bei den akuten gonorrhoischen Arthritiden mit ihren oft fürchterlichen Schmerzen ist die alsbald einsetzende Schmerzlinderung eine eklatante, so daß die über Nacht angewandte Stauung geradezu als Narkotikum wirkt. Allerdings muß man bei diesen Fällen sehr lange stauen, mindestens zwölf Stunden, in schweren Fällen aber bis zu 22 Stunden, so daß man nur je zwei Stunden aussetzt, um das entstandene Oedem (am besten unter Hochlagerung des Gliedes) wieder verschwinden zu lassen. Der Heilungsprozeß wird durch die Stauung außerordentlich günstig beeinflußt, nicht nur was die Schnelligkeit des Krankheitsverlaufes anlangt, sondern auch insofern, als die schweren Folgeerscheinungen (Ankylosen etc.) ausbleiben. Auch zur Beseitigung dieser Residuen früherer gonorrhoischer Gelenkentzündungen ist die Stauungshyperämie ein vorzügliches Mittel. Ebenso wird über ausgezeichnete Erfolge bei pyämischen

Gelenkerkrankungen berichtet. Auch bei anderen Formen von Gelenkversteifungen (Arthritis deformans, chronischer Gelenkrheumatismus etc.) sollen die Erfolge recht gute sein, speziell wenn man hier die verschiedenen Methoden der Erzeugung aktiver und passiver Hyperämie nebeneinander verwendet.

In neuester Zeit hat Bier das Anwendungsgebiet der Stauungshyperämie wieder um ein beträchtliches Stück zu vergrößern gesucht, indem er sie auch bei akuten Eiterungen versuchte. Er hat sein Material von über 100 Fällen mit genauen Krankenberichten anfangs dieses Jahres veröffentlicht und dann auf dem Chirurgenkongreß über seine Erfolge berichtet. Dieser Vortrag, der wohl allgemein als einer der interessantesten der diesjährigen Chirurgenversammlung angesehen wurde, hat berechtigterweise das größte Aufsehen hervorgerufen. Setzt sich doch Bier mit diesem Vorgehen in scharfen Gegensatz zu unseren von altersher übernommenen bisherigen Anschauungen und Behandlungsmethoden, die alle antiphlogistisch waren, d. h. die bei der Eiterung entstehende Entzündung als etwas Schädliches bekämpften. Demgegenüber behauptet Bier, daß die Entzündung eine hervorragend nützliche Abwehrkraft des Organismus darstelle und daß man diese, statt sie zu bekämpfen, vielmehr nach Möglichkeit unterstützen und steigern müsse. Das erreicht er durch Anwendung der Stauungsbinde. Bei leichten beginnenden Eiterungen hatte er schon seit zehn Jahren hin und wieder die Stauungshyperämie mit gutem Erfolg angewandt, aber, „befangen in alten Vorurteilen“, wie er sich ausdrückt, nicht gewagt, auf diesem Wege weiterzugehen. Wie aus seinen Berichten hervorgeht, hat er jetzt diesen Schritt getan und mit diesem originellen, mit der Tradition brechenden Gedankengang der Behandlung der akuten Eiterungen (Phlegmonen, Osteomyelitiden etc.) neue Wege gewiesen, die hoffentlich sich als ein wertvolles therapeutisches Hilfsmittel erweisen werden, und zum mindesten exaktester und objektivster Nachprüfung wert sind.

Die Technik unterscheidet sich nicht von den oben angegebenen Regeln. Die Binde soll so fest angelegt werden, daß das Glied zwar feuerrot wird, doch darf sie absolut keine Schmerzen machen, was immer einen Fehler der Technik andeutet. Im Gegenteil, auch hiebei ist einer der in die Augen springendsten Vorzüge der Hyperämie ihre schmerzstillende Wirkung. Die Binde soll bis zu 20—22 Stunden liegen, mindestens aber zehn Stunden. Bier betont, daß man sich nicht zu fürchten braucht, die Binde quer über lymphangitische Stränge zu legen, wenn diese an den Extremitäten so weit hinaufreichen, daß eine Anlage der Binde oberhalb des Entzündungsbereiches nicht möglich ist. Durch das durch die Binde verursachte Verschwinden des eigentlichen Krankheitsherdes wird dann auch die Lymphangitis zum Schwinden gebracht, und zwar auch die proximal von der Binde gelegenen Ausläufer. Sehr in die Augen springend ist neben der Schmerzstillung die vorzügliche Lokalisierung des Krankheitsprozesses und die relativ rasche Heilung, die viel schneller von statten geht, als mit den bisher üblichen ausgedehnten Spaltungen etc. Bier beschränkt sich in vielen Fällen von Panaritien etc. auf eine Punktion oder ganz kleine Inzision, und diese haben eigentlich auch nur den Zweck, die Diagnose einer Eiterung einwandsfrei festzustellen. Auch wo größere Eiteransammlungen ein Ablassen des Eiters erforderlich machen, zieht er mehrere kleine Inzisionen einer großen vor, und beginnt dann sofort mit Stauung. Es ist überraschend, in wie kurzer Zeit oft deutliche Abszesse verschwinden, wie schnell heiße Abszesse in kalte übergehen. Für die heißen Abszesse ist zwar im allgemeinen die Inzision das gegebene Mittel, doch braucht man nur kleine Oeffnungen anzulegen, wenn man gleichzeitig von der Gummibinde Gebrauch zu machen anfängt. Die Eiterung ist dann gewöhnlich sehr stark, besonders in der ersten Zeit. Der anfangs dicke Eiter wird bald serös, das Fieber fällt ab, der Allgemeinzustand hebt sich sichtlich. Infolge der schmerzmildernden Wirkung der Hyperämie hat

man bei Gelenkvereiterungen die sonst schon durch die großen Schmerzen bedingte absolute Ruhigstellung des Gelenkes nicht mehr nötig. Im Gegenteil, man sorge in vorsichtiger Weise gleich vom ersten Tage an für aktive und passive Bewegungen, wodurch die sonst als notwendiges und fast selbstverständliches Uebel betrachteten Gelenkversteifungen nach Ablauf des Prozesses gar nicht oder nur angedeutet zurückbleiben. Bier hat ferner schwere Osteomyelitiden mit dieser Methode behandelt und betont als einen der großen Vorzüge des Verfahrens, daß es fast nie hiebei zur Sequesterbildung kommt. — Auch bei beginnender Sehnenscheidenphlegmone kommt man oft vollständig ohne irgend welche Inzision aus; bei den fortgeschrittenen Formen begnügt sich Bier ebenfalls mit kleinen Inzisionen und staut dann sofort. Der angelegte Verband darf natürlich nicht zu fest sein, damit das Glied unter der Wirkung der Binde anschwellen kann. Auch hier werden vom ersten Tage ab aktive und passive Bewegungen gemacht, und zwar unter Umständen ziemlich forcierte (wobei man oft ein Krachen hört, als Zeichen, daß bereits bestehende Verklebungen zwischen der Sehne und ihrer Scheide gelöst wurden). Die Uebungen nimmt man am besten, speziell bei offenen Eiterungen, in der Zeit vor, wo mit der Stauung ausgesetzt wird, damit die Granulationen nicht bluten. Nur außerordentlich selten soll es zu Sehnennekrosen, selbst wenn die Sehne freiliegt, kommen, auch ein Erfolg des Verfahrens gegenüber den bisherigen Methoden. Trotz der starken Stauung und des damit verbundenen Oedems ist die Gefahr der Gangrän nach den Erfahrungen von Bier minimal.

Die Methode, mittels Schröpfköpfen und ähnlichen Saugapparaten Hyperämie hervorzurufen, deren Verwendung weiter oben bereits kurz gestreift wurde, ist in letzter Zeit auf Biers Veranlassung von seinem Assistenten Klapp weiter ausgebaut worden. Seine ersten Versuche machte er mit Mastitiden. Es ist ja nicht zu bestreiten, daß die chirurgische Behandlung der Mastitis mittels großer Inzisionen wegen der langen Dauer der Nachbehandlung und wegen der starken Verstümmelung der Brustdrüse keineswegs eine ideale ist. Klapp konstruierte nun große Glasglocken, in Form von Käseglocken, mit breiter abgerundeter Basis, an denen oben eine Oeffnung ist, mittels derer der Innenraum mit einer kleinen, auf die Oeffnung aufgesetzten Luftpumpe kommuniziert. Die Glocke wird an ihrer Basis mit Vaselin eingefettet und dann über die Mamma gestülpt. Wird nun vorsichtig aspiriert, so wird die Mamma erst hellrot, dann intensiv rot, hie und da mit leicht bläulichem Farbenton. Die Patientinnen haben das Gefühl, als ob die Mamma platzen wollte, doch dürfen sie keine Schmerzen haben. Schmerzen, die früher bestanden haben, sollen im Gegenteil auch hier verschwinden und die Schmerzlosigkeit bildet sogar den Indikator für das richtige Funktionieren der Methode. Anfangs wendet man die Glocke $^3/_4$—1 Stunde an, dann 20—30 Minuten täglich, unterbricht aber ratsamerweise die Aspiration mehrmals in dieser Zeit für kurze Augenblicke. Bestehende größere Abszesse werden auch bei diesen Fällen mittels kleiner Inzisionen eröffnet. Bekommt man Anfangsstadien von Mastitis, so sieht man bei dieser Methode prompte Heilung in 2—3 Tagen. Aber auch bei den schweren abszedierenden Formen geht die Ausheilung des Abszesses viel rascher vor sich als früher. Von Bedeutung ist dabei auch die gleichzeitige Absaugung der Milch.

Ebenso berichtet Klapp über ausgezeichnete Erfolge bei Panaritien, Furunkeln, Karbunkeln etc. mittels kleiner trockener Schröpfköpfe, deren Basisdurchmesser zwischen 3 und 5 cm schwankt. An ihrer Kuppe tragen sie einen kleinen Gummiballon, den man zusammendrückt, während man die kleine Glasglocke aufsetzt. Läßt man dann den Ballon los, so entsteht ein luftverdünnter Raum und, trotzdem die Herabsetzung des Druckes naturgemäß keine große ist, genügt sie volltändig für die einschlägigen Fälle, zu denen keineswegs nur leichte gehörten. Auch mit dieser Methode konnte



ein großer Teil beginnender Furunkel coupiert werden, und daß das auf das Konto der Behandlungsmethode zu setzen ist und kein Zufall war, dafür sprachen Kontrollversuche analoger Fälle, die, mit den alten Methoden behandelt, nicht so günstig verliefen.

So sehen wir denn, daß die von Bier in so konsequenter Weise ausgearbeiteten Behandlungsmethoden mittels Hyperämie immer mehr und mehr an Boden gewinnen. Sie fangen, nachdem sie jahrelang gar nicht oder doch nur von einzelnen beachtet waren (das geht auch schon aus der spärlichen Literatur über diesen Gegenstand hervor, die, soweit es nicht die Bier'sche Schule selbst ist, immer nur einzelne kasuistische Mitteilungen enthält), jetzt mehr und mehr an, Gemeingut der Aerzte zu werden. Und das ist eine meines Erachtens nicht mehr zu bestreitende Tatsache, daß die Behandlung mit Hyperämie entschieden eine Bereicherung unseres Therapieschatzes darstellt; gewiß, auch sie wird nicht überall und stets von Erfolg gekrönt sein, aber wer wollte bei Prüfung der Güte einer Methode von ihr verlangen, daß sie absolut nie versage? Manche schlechte Erfahrungen, die mit diesen Methoden gemacht wurden, beruht sicher auf Mangel der Technik und Beobachtung. So einfach das Instrumentarium zu sein scheint, so bedarf seine richtige Anwendung doch entschieden einiger Uebung und Erfahrung. Es kommt natürlich sehr viel darauf an, wie straff man die Gummibinde anzieht, wie stark man bei den Saugapparaten die Luftverdünnung macht etc. etc. Eine falsch angelegte Binde wird nicht nur nichts nützen, sie kann sogar großen Schaden stiften und es ist ein Vorwurf, welcher der Bier'schen Stauungsbinde oft gemacht worden ist, daß ihre Anwendung zu sehr mit subjektivem Ermessen verknüpft sei. Es hat übrigens Henle versucht, diesen Uebelstand zu beseitigen durch folgende Modifikation, die recht gut zu sein scheint: ein Gummiballon steht mittels T-Rohres einerseits mit einem wurstförmigen Gummischlauch, der um das Glied gelegt wird und anderseits mit einem Manometer in Verbindung. Hat man die Luft in den Gummischlauch hineingepreßt, so verhindert eine Klemme, daß sie wieder entweicht. Der Druck im Schlauch kann an dem Manometer leicht abgelesen werden, er soll im allgemeinen 60—100 mm Hg betragen. Henle hat mittels dieses Apparats auch mehrere Fälle akuten heftigen Schnupfens bei sich und anderen teils coupieren, teils die starken Beschwerden außerordentlich vermindern können. Ueberhaupt scheint die Verwendungsmöglichkeit der Stauung sogar noch umfangreicher zu sein, als bis jetzt schon ausprobiert ist. So werden z. B. bei Bier Versuche gemacht, die Otitis media mit Stauung zu heilen.

Es ist ja oft außerordentlich schwer und bedarf einer großen Erfahrung, die Grenze zwischen konservativer und operativer Behandlung zu ziehen und es wäre natürlich sehr falsch, z. B. in allen Fällen von tuberkulösen Gelenkerkrankungen nur mit der Bier'schen Stauung auskommen zu wollen. Am besten für die Stauung geeignet sind wohl die fungössynovialen Formen, während bei Abszeßbildung und ausgedehnterer Knochenerkrankung eine Operation rascher und schneller zum Ziele führen wird. Es kommt natürlich überhaupt viel auf die Geduld und Ausdauer des Patienten an, wenn man Erfolge von der Stauung sehen will. Von den tuberkulösen Gelenkerkrankungen scheinen die des Hand- und Fußgelenkes am besten der Stauungstherapie zugänglich zu sein, während die Prognose schlechter wird, je proximaler das Gelenk liegt. Die Erfolge z. B. bei Omarthritiden scheinen noch recht mangelhaft zu sein.

Während man die tuberkulösen Erkrankungen ambulant behandeln, ja eventuell nach einiger Uebung die Binde von dem Patienten selbst anlegen lassen kann (allerdings ist dann hin und wieder Kontrolle durch den Arzt erforderlich), bedarf die Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie peinlichster Aufsicht und konstanter Beobachtung und soll daher eigentlich nur im Krankenhaus durchgeführt werden, wenigstens für die nächste Zeit, bis es gelungen ist, einigermaßen feste Normen aufzustellen. Ein

definitives Urteil über die Erfolge der Stauungshyperämie bei akuten Eiterungen läßt sich natürlich noch nicht geben, da erst von verschiedenen Seiten die Angaben Biers nachgeprüft werden müssen. Soviel läßt sich jetzt schon sagen, daß die schmerzstillende Wirkung in der Tat eine eklatante ist. Aber gerade dieses muß uns zu verdoppeltem Aufpassen veranlassen, um eventuell nicht den richtigen Zeitpunkt, wo noch kleinere Inzisionen nützen, zu versäumen. Es scheint, daß die Stauungshyperämie gerade bei nicht abszedierenden Formen (Lymphangitiden, von kleinen Verletzungen ausgehend etc.) gegenüber den früheren Methoden erhebliche Vorzüge aufweist. Wie gesagt, in dieser Frage sind die Akten noch nicht geschlossen. Jedenfalls aber steht so viel fest, daß die artifizielle Hyperämie eine wertvolle Bereicherung unserer Therapie darstellt, die nicht wieder aus unserem Heilschatz verschwinden sollte und daß sie, richtig angewandt, bei den verschiedensten Krankheitsformen den allergrößten Nutzen stiften kann.

Literatur:

Bier, Hyperämie als Heilmittel. Leipzig 1903.

Derselbe, Behandlung akuter Eiterungen, mit Stauungshyperämie, Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5, 6 u. 7, 1905.

Henle, Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie. Zentralblatt f. Chir. Nr 13, 1904.

Derselbe, Zur Behandlung des akuten Schnupfens, Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6, 1905.

Klapp, Ueber Bauchfellresorption. Grenzgebiete der Med. u. Chir. Bd. X.

Derselbe, Ueber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittels Saugapparaten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16, 1905.

Noetzel, Ueber die bakterizide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier. Arch. f. klin. Chir. Bd. LX.

Die Wasserbehandlung der Cholera asiatica und nostras.

Von Dr. **J. Sadger**, Wien-Gräfenberg.

Es wird wohl kaum einen lebenden Hydropathen geben, der über die Wasserbehandlung der Cholera nennenswerte Erfahrung besäße. Zwar liegt die große Hamburger Epidemie noch keineswegs allzu lang hinter uns, doch wurde damals die Seuche kaum je mit Wasser bekämpft (das geschah nur mit Tinte!), und am allerwenigsten in einer methodisch präzisen Weise. Aber auch die so wenigen Hydrotherapeuten, die bisher selbst in der Lage waren, die Wirkung des Wassers bei Cholera zu studieren, wie Wilhelm Winternitz zum Beispiel, verfügen über keine sehr reiche Erfahrung, zumal was die schwereren Formen betrifft. Unter diesen Umständen will es mich fast am geratensten dünken, das Wort zur Belehrung jenen zu lassen, die wirklich viele Erfahrungen häuften, und vor allem authentische große Erfolge. Da steht weitaus in erster Linie, nicht bloß in puncto verblüffenden Erfolges, sondern gleichzeitig auch als der wahre Begründer und Schöpfer hydriatischer Cholera-Behandlung Vinzenz Prießnitz.

Obwohl dieser Mann kaum etwas Selbstgeschriebenes hinterließ, sind wir speziell für unsere Seuche in der glücklichen Lage, seine Meinung und Vorschrift genau, ganz unzweideutig zu kennen. Ja, was vielleicht noch höheres Erstaunen wachrufen wird, ein offizielles medizinisches Blatt, herausgegeben vom Doktorenkollegium der Wiener Medizinischen Fakultät, hat Prießnitzens Lehren zum Abdruck gebracht, und zwar schon 1865.[1]) In einer Fußnote bemerkt die Redaktion: „Der vorliegende Aufsatz aus der Reisemappe eines sehr ehrenwerten Kollegen ist, wie ihn der Begründer der Hydrotherapie im Jahre 1850 — als das Gräfenberger Krankenprotokoll bereits 44.000 Kurgäste enthielt — dem jungen Arzte in die Feder diktierte, bis auf die mit fetter (hier gesperrter) Schrift hervorgehobenen Worte, welche Prießnitz peremptorisch unterstrichen haben wollte, hier unverändert abgedruckt."

[1]) „Oesterr. Zeitschr. f. praktische Heilkunde" vom 1. Sept. 1865.



So löblich dieses Beginnen auch war, so kläglich, dabei aber charakteristisch, ließ sich der weitere Vorgang an. Das Thema war damals hochaktuell, und der Abdruck des hydriatischen Verfahrens zur Heilung der Cholera um so notwendiger, als man in jenen Tagen so wenig, als selbst noch heute ein anderes wirksames Mittel kannte. Wie aber und wo ward dieser notwendige Abdruck gewagt? Nicht etwa, der Bedeutung des Themas entsprechend, an erster oder doch zweiter Stelle, wo jedermanns Auge sofort darauf fällt, vielmehr in einem versteckten Winkel und mit der kleinsten verfügbaren Schrift. Die Lehren jenes genialen Mannes mußten sich scheu ins Feuilleton verkriechen, d. h. in jenen versteckten Teil medizinischer Blätter, den gar niemand liest, als einzig der selige Autor selber. Auch der ehrenwerte Kollege und Sammler von Prießnitzens Lehren hat sich nicht recht an das Licht gewagt, sich mit dem „Naturarzt" nicht bloßstellen wollen, vielmehr gleich allen echten Wohltätern ungenannt sein wollen. Ja, selbst nicht einmal das Wörtchen „Cholera" liest man im Titel, vielmehr hieß es schlechtweg: „Wie Vincenz Prießnitz die epidemische Brechruhr behandelt wissen wollte." Und daneben als beschönigenden Zusatz noch, gewissermaßen Entschuldigung heischend: „Ein zeitgemäßer Beitrag zur Charakteristik dieses Naturarztes."

Die Vorschriften Prießnitzens lauten wörtlich: „Das Verfahren mit kaltem Wasser in Cholerafällen erheischt von Seite des Behandelnden einige Charakterfestigkeit, damit sich derselbe nicht durch Klagen und Bitten des Kranken zur Erleichterung oder Verschiebung der Kur bewegen lasse. In den meisten Fällen hält sich der Befallene von vornherein für verloren. Er beschwört den Wasserarzt, ihm die Kur mit ihrer lästigen Manipulation zu erlassen, da sie ja gegenüber der Heftigkeit des Uebels doch ohne Erfolg sein müsse. — Eben wenn solche Klagen laut werden, darf der Arzt mit der Anwendung der Kur nicht nachlassen. Nur wenn er selbst merkt, daß die Symptome sich mindern, ist nach meiner Erfahrung die Krankheit in der Abnahme.

Die Anwendung der Kur mit kaltem Wasser muß sobald als nur immer möglich dem Ausbruche der Krankheit folgen; jede Zeitversäumnis rächt sich progressiv in der Dauer der Kur oder zuletzt in der Unwirksamkeit derselben.

Als Vorbeugungsmittel ist es zweckmäßig, immer einen nassen Umschlag um den ganzen Unterleib zu tragen und ihn mit einem trockenen Linnen zu unterbinden, damit er sich besser erwärme. Derselbe ist, so oft er trocken geworden, zu erneuern, und zwar wenigstens fünfmal im Tage. Das Wechseln des Umschlages nach dem Essen und vor dem Schlafengehen ist besonders anzuraten. — Man wasche sich früh und abends, damit die Haut tätig bleibe; früh nüchtern und bei jedem Essen trinke man einige Gläser frischen Wassers, wodurch der Schlaffheit des Magens und Unterleibes vorgebeugt wird. Man vermeide heiße Speisen und Getränke.

Im Auftreten der Cholera unterscheide ich zwei in ihren Symptomen wesentliche Erscheinungen:

a) entweder ergreifen die Anfälle den Unterleib oder

b) äußern sie sich in argen Krämpfen der Gliedmaßen und selbst als Starrkrämpfe.

Die Behandlung dieser beiden Fälle ist in den Einzelnheiten der Manipulation merklich verschieden:

a) Beim Eintreten des Choleraanfalles, welcher vorzugsweise den Unterleib ergriffen, Erbrechen und Durchfall im Gefolge hat, wird der Kranke vom Halse bis zu den Füßen in ein triefend nasses, ziemlich grobes Leintuch nicht allzu fest gewickelt und womöglich von zwei Männern gleichzeitig fest und kräftig mit flacher Hand an allen Teilen des Körpers gerieben, bis das Leintuch von der Körperwärme etwas lau geworden ist. Diese Abreibung wird am besten an dem Kranken im stehenden Zustande (!) vollzogen; ist er zu schwach, so geschieht es im liegenden, auf einer Wolldecke. Hiebei ist zu beobachten, daß auf jene Teile des Körpers, die durch das Reiben schneller warm geworden, über

dem Leintuch kaltes Wasser mäßig aufzugießen, dagegen die kalt gebliebenen vorzugsweise zu reiben sind, bis der Unterschied der Wärme ausgeglichen ist. Sind die Füße krampfhaft zusammengezogen, so müssen diese besonders fest gerieben werden. Die Abreibung kann mit einem zweiten, frisch genäßten Leintuch wiederholt werden, wenn die Schmerzen im Unterleibe nicht zu arg sind. Sollten aber diese sehr empfindlich sein, so daß der Kranke sich krümmt und windet, so wird nach der ersten Abreibung ein Klistier von ganz kaltem Wasser gegeben und hierauf der Kranke in ein Sitzbad von abgeschrecktem Wasser zu 8 bis 9° R. gesetzt, in der Art, daß das Wasser 9—10 Zoll tief sei.

In diesem Sitzbad wird dem Kranken häufig kaltes Wasser zum Trinken gegeben, wodurch das Erbrechen gefördert und schneller zu Ende gebracht wird. Im Sitzbad, welches, wenn das Wasser schmutzig wird, oder wenn es durch die Körperwärme auf 11—12° steigt, alsbald gewechselt werden muß, wird dem Kranken das neu genäßte Leintuch am Halse nach abwärts um den Oberleib und um die Füße gelegt. Oberleib und Füße werden hiebei mit der flachen Hand oberhalb des Leintuches kräftig gerieben. Im Sitzbade bleibt der Kranke so lange, bis Erbrechen und Durchfall sich beruhigt haben, was in der Regel — außer bei verspäteter Anwendung der Kur oder bei einem Rückfalle — vor dem Ablaufe einer halben Stunde geschieht. Ist nun Erbrechen und Durchfall gestillt, ist der Körper ohne Krämpfe und der Kranke beruhigt, so wird er aus dem Sitzbade genommen, abgetrocknet und erhält eine nasse Leibbinde um den Unterleib, welche trocken überbunden wird. Er wird ins Bett gelegt, nicht übermäßig zugedeckt, und es erfolgt in den allermeisten Fällen ein erquickender Schlaf. — Beim Erwachen nimmt der Kranke ein Bad von 3 bis 5 Minuten in abgeschrecktem Wasser von 10—12° oder bekommt in Ermanglung einer Wanne eine Abreibung von dieser Temperatur. Hierauf nimmt er ein kurzes Luftbad durch Fächeln mit einem über Kopf und Körper geworfenen trockenen Leintuche, kleidet sich dann an und macht Bewegung in freier Luft.

b) Sind dagegen im Choleraanfalle die Krämpfe vorherrschend und das Uebel schon vorgerückt, so werden mehrere Abreibungen mit dem triefend nassen Leintuche angewendet, zwischen welchen der Kranke auf der Wolldecke ungefähr 6—8 Minuten trocken gerieben wird. Haben die Krämpfe abgenommen, ist die bläuliche Farbe gewichen, dann folgt das Klistier, das Sitzbad mit dem umhängenden nassen Leintuche und die übrige Behandlung wie bei a).

Als Regel gilt in allen Fällen, daß das Verfahren mit kaltem Wasser bei offenem Fenster statthabe, und daß der Kranke in den Intervallen der Behandlungen, z. B. zwischen den Abreibungen und dem Sitzbade, auf einem Stuhl mit umgehängtem nassen Leintuch an das Fenster gesetzt, nicht aber ins Bett gelassen werde. Durch mehrere Tage hat der Rekonvaleszent die nasse Leibbinde zu tragen, darf nur kalte Speisen, kein Fleisch genießen. 2—3 Waschungen im Tage mit abgeschrecktem Wasser von 11—12° sind am ganzen Körper vorzunehmen.

Bleibt Durchfall infolge der Erschlaffung der Eingeweide zurück, so sind diese Waschungen mit solchen von ganz kaltem Wasser abzuwechseln, so, daß sie mit abgeschrecktem beginnen, mit kaltem endigen. Wo zwei Badewannen sind, wird die eine mit abgeschrecktem, die andere mit kaltem Wasser gefüllt und der Rekonvaleszent steigt aus der einen in die andere. Doch ist das fleißige Reiben in der abgeschreckten Wanne nicht zu vergessen.

Diejenigen, welche den Kranken abreiben und behandeln, haben keine Ursache, sich vor der Ansteckung zu fürchten.

Die Krankheit ist bei dieser Kur nicht gefährlich, der Verlauf nur kurz und der Anfall in den allermeisten Fällen ohne Nachwehen vor dem Verlaufe einer Stunde gehoben."[2])

---

[2]) Vornehmlich zur Technik des obigen Verfahrens sei aus notariell beglaubigten Aussagen von Badedienern der Prießnitz-Zeit sowie aus

Diese Darstellung eines „ungenannt sein wollenden" Menschenfreundes ist trotz der verdächtigen Anonymität tatsächlich authentisch. Mir liegt z. B. ein Flugblatt vor, betitelt: „Gräfenberger Erfahrungen über die Behandlung der Cholera vom Herrn Vincenz Prießnitz selber zur Veröffentlichung mitgeteilt", das die obigen Vorschriften kurz wiederholt, ich finde sie ferner fast wortgetreu wieder in Büchern von Zeitgenossen des Prießnitz, und endlich hat auch des letzteren Schüler und Nachfolger auf dem Gräfenberge, Josef Schindler, sie zweimal wörtlich abdrucken lassen.[3]) Zu Prießnitzens Zeiten ist die Cholera auf dem Gräfenberg und dessen Umgebung dreimal verheerend aufgetreten, in den Jahren 1831, 1835 und 1849 nämlich. Von allen Patienten, die sich damals seiner Behandlung vertrauten — und deren Zahl ist nicht gering — starb auch nicht einer. Mich dünkt dies Faktum genügend zu sein, um seine Methode klassisch zu sprechen. Denn weniger als 0% Mortalität kann man schließlich von keiner Behandlung verlangen. Es könnte sich höchstens noch darum handeln, die Methode zu vereinfachen, sie für den Massengebrauch zu erleichtern, wenn dadurch der Erfolg nicht beeinträchtigt wird.

Dies geschah durch Schindler, der im Jahre 1855 und später noch mehreremal Gelegenheit hatte, seine Aenderungen praktisch auszuprobieren. Schon nach den sehr günstigen Resultaten des Jahres 1855 schrieb er in den „Gräfenberger Mitteilungen": „Die Behandlung der Cholerakranken, wie ich sie bei meinen so häufig gemachten Erfahrungen am wirksamsten fand, zeigt in der nachfolgenden Darstellung, daß sie im wesentlichen von der Behandlung des Prießnitz sehr wenig abweicht. Als Vorbeugungsmittel empfehle ich jeden Morgen gleich aus der Bettwärme eine Abreibung mit einem

mündlichen Anweisungen Schindlers noch folgendes beigefügt: Zu den Abreibungen sowohl, als zu den Sitzbädern ließ Prießnitz das kälteste verfügbare Wasser nehmen. Vielleicht bei keiner zweiten Krankheit hängt von der exakten Ausführung der Abreibungen das Gelingen der Kur dermaßen ab, wie just bei der Cholera. Man sehe zunächst darauf, daß das Leintuch am Körper keine Falten macht. Der Strich mit den Händen längs des Körpers nach abwärts muß s e h r k r ä f t i g ausgeführt werden, d. h. der Badediener muß beim Herabgleiten der Hände diese stark aufdrücken, den Strich sozusagen mit Schwung ausführen, dann am Körper wieder leicht, respektive ohne Druck hinauffahren, wobei derselbe nur sanft berührt wird. Oben angekommen, wird wieder mit Kraft und Schwung herabgefahren und so fort, bis der Patient warm geworden ist und seine Haut sich zu röten beginnt. Bei der Abreibung nimmt man zuerst den Oberkörper, Hals, Brust bis zum Bauch, respektive zugleich mit der zweiten Hand Nacken, Rücken und Steiß, nach 12—15 Strichen übergeht man auf die beiden Achseln, von da werden die Striche längs den Armen bis zu den Fingern geführt, schließlich übergeht man auf die beiden Beine. Sind zwei Badediener zur Verfügung, so bearbeitet einer den Oberkörper, der andere die Beine. Nicht jeder Badediener eignet sich zur entsprechenden Ausführung dieser so wichtigen Kurprozedur, sondern nur ein sehr geschulter und kräftiger. Die Badediener aus der alten Prießnitz-Zeit führten die Abreibung ganz besonders meisterhaft aus, weshalb sie später auch Josef Schindler am liebsten verwendete. Trotzdem erklärte derselbe einmal: „Von 50 Badedienern in Gräfenberg kenne ich höchsens fünf, welche diese Prozedur ganz tadellos machen." — Die Klistiere wurden damals ausschließlich mit der Klistierspritze gemacht. Dieselbe wurde mit ganz kaltem Wasser voll angezogen, dann aber nur ein Teil, etwa 3—4 Eßlöffel (45—60 g) eingespritzt, „um den Mastdarm zusammenzuziehen" (vermutlich aber auch, um reflektorisch das Erbrechen vom Magen aus zu sistieren). Kaltes Wasser ließ Prießnitz die Patienten auch dann noch trinken, wenn sich schon Erbrechen eingestellt hatte. Denn er war der Ansicht, daß es dem Kranken nicht schade, wenn er sich ausbricht. Dann gab er es auch, um Krämpfe zu verhindern, denn „wenn durch die Diarrhöe alles Wasser aus dem Körper entfernt ist, treten die Krämpfe ein".

[3]) „Anleitung zur Behandlung der Cholera mit kaltem Wasser nach Vincenz Prießnitz' Erfahrungen. Mitgeteilt von Josef S c h i n d l e r." Freiwaldau 1852 und „Behandlung der Cholera" in den „Gräfenberger Mitteilungen". Olmütz 1861. H. 6, S. 217—221.



nassen, in ganz kaltes Wasser getauchten Leintuche zu nehmen, nach dieser Abreibung ein Luftbad durch Fächeln mit einem umgehängten trockenen Leintuche bei offenem Fenster, ferner das Tragen der nassen Leibbinde, welche fünfmal des Tages zu erneuern ist, und den reichlichen Genuß von frischem Wasser, damit der Urin jede dunklere Beschaffenheit verliert und ein mehr wässeriges, hellgelbes Ansehen gewinnt. Dabei mache man viel Bewegung im Freien, daß stets ein behagliches Wärmegefühl den Körper durchdringe. Im übrigen wird die gewohnte Kost mit Ausschluß künstlicher Reizmittel beibehalten. Bei diesem prophylaktischen Verfahren dürfte nur selten ein Erkranken an der Cholera stattfinden. Zeigen sich Erscheinungen, welche einigermaßen eine bestimmte Besorgnis begründen, z. B. Druck in der Magengegend, auch wohl etwas Uebelkeit, namentlich aber eine leichte Diarrhöe, so werden die Abreibungen nebst Luftbad mehrmals im Tage — 2—3mal — wiederholt, die nasse Leibbinde, so oft sie trocken zu werden anfängt, immer wieder erneuert, das Trinken kalten Wassers — 2—3 kleine Gläser mit Pausen von 15 Minuten nach einer jedesmaligen Abreibung — wird jetzt so wie auch eine länger dauernde Promenade noch dringender geboten ein; dies genügt jedoch in den meisten Fällen, um die krankhaften Erscheinungen zu beseitigen. Sollten diese dennoch, statt sich zu mindern, zunehmen, Erbrechen und Diarrhöe eintreten, sich krampfhaftes Ziehen und wirkliche Krämpfe in den Extremitäten melden, so treten zu dem vorhergehenden Verfahren noch die Sitzbäder und Klistiere dazu. Das Wasser zum Sitzbade darf höchstens 12° haben, und der Kranke bleibt darin so lange, bis das Erbrechen aufgehört und der Durchfall sich zu mäßigen anfängt. Der Unterleib und das Kreuz wird währenddem kräftig im Wasser gerieben. Wird durch im Sitzbade erfolgenden Stuhl das Wasser verunreinigt oder dasselbe durch die Körperwärme über 12° temperiert, so muß wieder frisches Wasser genommen werden. Während der Kranke sich im Sitzbade befindet, wird ihm öfters kaltes Wasser zum Trinken gegeben, sowie die Füße zunächst mit nassen Tüchern, sodann mit trockenen gerieben werden. Nach dem Sitzbade wird alsbald wieder eine sehr gut ausgewundene Leibbinde umgelegt, und der Kranke zum Spazierengehen in freier Luft veranlaßt. Von der Promenade zurückgekehrt, bekommt der Kranke ein kleines, kaltes Klistier und wird ins Bett gebracht. Sollte die erzielte Besserung nach einigen Stunden schwinden, so muß die Abreibung mit dem nachfolgenden Sitzbade wiederholt und damit so lange fortgefahren werden, als die vorhandenen Symptome dazu auffordern. Bei den höheren Graden der Cholera, wo die Krämpfe, Beklemmung auf der Brust, Erbrechen und Diarrhöe mit großer Heftigkeit auftreten, ist die Behandlung folgende: Nachdem auch hier Kopf, Gesicht und Brust mit kaltem Wasser benetzt werden, ein Glas kalten Wassers ausgetrunken, und ebenfalls eine kräftige Abreibung und Luftbad vorhergegangen, wird der Kranke in ein Sitzbad gebracht und in dieser Stellung mit einem stark eingenäßten Leintuch umhängt, so daß mit Ausschluß des Kopfes jeder freie Teil des Körpers von demselben bedeckt wird. Zwei Badediener knien neben dem Kranken, von denen der eine unermüdlich die Füße und unteren Extremitäten, der andere aber den Leib, die Magen- und Kreuzgegend reibt. Ein dritter, aufrecht stehender Diener reibt Kopf, Hals, Nacken, den Rücken, die Brust und Arme. Auf die wärmer werdenden Körperstellen muß frisches Wasser aufgegossen, und wird das Wasser im Sitzbad zu warm, durch frisches ersetzt werden. Oefteres Darreichen von kaltem Wasser zum Trinken darf nicht versäumt werden. Dieses Verfahren wird so lange fortgesetzt, bis der Kranke auf der Brust sich freier fühlt, das Erbrechen aufhört, der Durchfall sich mindert und ebenso auch die Krämpfe nachlassen. Hat man diesen Grad von Besserung erreicht, was übrigens nicht selten erst nach Verlauf einer Stunde erreicht ist, so wird der Kranke gut abgetrocknet, ihm eine auf das stärkste ausgewundene Leibbinde umgelegt, und er so ins Bett gebracht. Im

Bett wird das trockene Reiben der Hände und Füße noch länger fortgesetzt. Eine Rückkehr der eigentlichen Choleraerscheinungen ist selten mehr zu besorgen — die Krankheit hat ihren Höhepunkt überschritten und neigt sich zum Besserwerden. Der Kranke ist Rekonvaleszent. Während dieser Zeit achtet man lediglich darauf, daß die wiederkehrende Körperwärme eine mäßige bleibt. Durch öfteres, sogar stundenweises Wechseln der Leibbinde, durch Waschungen des ganzen Körpers mit kaltem Wasser von 14° Wärme, 1—2mal täglich, sowie auch durch Beibringen von kleinen kalten Wasserklistieren hat man es in der Gewalt, dieses Regenerationsstadium des Körpers innerhalb richtiger Grenzen zu erhalten. Bei der Cholera sicca, asphyctica, sowie in dem letzten Stadium der Cholera, wo Durchfall und Erbrechen schon aufgehört haben und Lähmung beginnt, findet folgendes Verfahren statt. Der Kranke ist zu schwach, zu sitzen oder zu stehen, er wird daher auf eine Strohmatratze oder Wolldecke gelegt und in ein nasses Leintuch eingehüllt, nachdem früher Kopf, Gesicht und Brust mit frischem Wasser stark benetzt worden; 3—4 Personen reiben ihn gleichmäßig an allen Körperstellen, indem sie dabei den Kranken auf seinem Lager hin und herwenden. Wo an irgend einer Stelle über dem Leintuche sich eine Wärmezunahme zeigt, wird kaltes Wasser aufgegossen. Dieses geschieht so lange, bis daß die Krämpfe, die auch hier fast niemals fehlen, nachlassen, namentlich aber bis die Cholerabläue der Haut einer hochroten Färbung Platz macht und hiemit zugleich die kalten Körperteile sich zu erwärmen anfangen. Lassen jedoch bei diesen Verfahren binnen einer Viertelstunde die Krämpfe nicht nach, tritt keine Rötung der Haut und keine Erwärmung des Körpers ein, alsdann wird der Kranke auf einen trockenen Strohsack, in ein trockenes Leintuch eingehüllt, gelegt und in diesem 8—10 Minuten gerieben, hienach aber wieder in ein neues, nasses Leintuch eingehüllt, und in diesem wie früher längere Zeit gerieben oder überhaupt in der angegebenen Weise fortgefahren, bis die Erscheinungen von Besserung eintreten. Kann der Kranke noch schlucken, so bekommt er auch jetzt öfters kaltes Wasser zum Trinken gereicht, auch werden ihm kleine kalte Klistiere gegeben. Bei diesen länger fortgesetzten Abreibungen ist es besonders nötig, daß ein zu starkes und heftiges Reiben vermieden wird, damit die Haut in keinem Falle durch- und wundgerieben wird. Alle hier beschriebenen Prozeduren werden stets bei offenem Fenster vollführt, wie denn überhaupt stets die Luft des Zimmers frisch und mehr kühl gehalten werden soll. Zur Nahrung diene Graupen- und Reisschleim, eine dünne Gries-, Semmel- oder Mehlsuppe, doch darf sie nur kühl gegessen werden. In der Rekonvaleszenz ist frisch bereitete Buttermilch und Weißbrot am allerbesten und trägt — namentlich erstere — viel zur raschen, völligen Wiederherstellung bei.“

Vergleicht man die Vorschriften Josef Schindlers mit jenen von Prießnitz, so sieht man, wie klein der Unterschied ist. Prophylaktisch zog jener die kalte Abreibung des ganzen Körpers den kalten Waschungen Prießnitzens vor, wohl der erheblichste, freilich auch naheliegendste Fortschritt. Im ausgebildeten Anfalle aber ließ Schindler das Bad nach dem Schlafe weg, was sich bei größeren Epidemien bereits aus technischen Gründen empfahl, und gab statt dessen eine Ganzabreibung, die Prießnitz ja auch schon empfohlen hatte. In schweren und schwersten Formen endlich ist beider Behandlung ziemlich identisch, wenn auch nach persönlicher Liebhaberei ein wenig variiert.

Es wurden die obigen Vorschriften Schindlers geschöpft und erprobt in der Epidemie von 1855. Nun hat aber dieser treffliche Arzt noch mehrere Choleraseuchen erlebt und nicht bloß in Gräfenberg und dessen Umgebung Hilfe gebracht, sondern bis nach Mähren und Preußisch-Schlesien. Allüberall waren die Erfolge glänzend, und selbst wenn er manchmal geschulte und erfahrene Badediener mit bloßen Instruktionen absenden mußte, weil er nicht zugleich an mehreren Orten kurieren konnte, so waren die Re-

sultate darum kaum schlechter.[4]) So fast unfehlbare Wirkung übt das kalte Wasser just bei der Cholera. Ich will aus Schindlers späteren Erfahrungen nur noch das eine besonders notieren, was zumal die Behandlung im großen erleichtert, daß er in den meisten, nicht allzu vorgeschrittenen Fällen mit Abreibungen und Leibbinden schon allein den ganzen Prozeß zu sistieren vermochte.[5])

So waren also die Kurvorschriften von Prießnitz und Schindler. Mit diesen wäre im Grunde die Wasserbehandlung der Cholera völlig erschöpft. Denn was jene beiden lehrten und übten, das hat selbst heute buchstäbliche Geltung. Auch Wilhelm Winternitz, der mehrfach die Hydriatik jener Seuche beschrieb, hat nur deren Weisungen ausführen können. In seinen verschiedenen Choleraschriften erzählt er uns zwar, wie wichtig persönliche Desinfektion die exzessivste Reinlichkeit sei, wie darum die ärmeren Klassen weit öfter der Seuche verfielen, als die hygienischer lebenden reichen. Er zitiert dann weiters mehrere Autoren, daß Leute, die methodische Abreibungen oder auch Waschungen brauchten und erregende Leibumschläge trugen, erfahrungsgemäß resistenter wären gegen Ansteckung. Und endlich führt er noch vielfach gemachte Erfahrungen an, wie der Ausbruch der Cholera vermieden würde, wenn man zu Zeiten einer Epidemie nur jede Diarrhöe sofort energisch mit Wasser behandle.

Wie lauten jedoch seine Kurvorschriften? Zunächst prophylaktisch an jedem Morgen Ganzabreibung mit einem Laken,

---

[4]) Ich sprach z. B. erst kürzlich eine alte Badefrau, welche mir von solchen Erfolgen erzählte. Anno 1866 war sie auf die Bitte des Freiherrn v. Skal auf dessen Gut nach Jungferndorf geschickt worden, wo just die Cholera zu wüten begann, der schon acht Personen erlegen waren. Daß ihre Erzählung keine Großsprecherei gewesen, bewies mir ein Zeugnis des Barons und seiner Frau. Es wird in demselben ausdrücklich bestätigt, daß damals im ganzen 96 Personen von der Seuche ergriffen worden, darunter 44 schwer, der Rest anscheinend von prämonitorischer Diarrhöe und allgemeinem Unwohlsein. Die oben erwähnte Badefrau hat mit einer ihr zugewiesenen Hilfe vom frühesten Morgen bis zum späten Abend Kur gemacht und wurde auch öfters in der Nacht gerufen. Von allen 96 Patienten ist der simplen Badefrau auch nicht ein einziger gestorben. Auch die Witwe Josef Schindlers hat diese Tatsachen voll bestätigt.

[5]) Für die Behandlung in größerem Maßstabe und gleichzeitig auch bei mangelnden Sanitätsvorkehrungen will ich erzählen, wie Schindler sich einmal zu helfen verstand. War da in Zöptau, einem mährischen Oertchen mit Eisenhämmern und vielen Arbeitern, die Cholera verheerend ausgebrochen. Da der Werksarzt keine Resultate erzielte, berief man Schindler. Nachdem sich dieser über die Orts- und Krankenverhältnisse orientiert hatte, sagte er zum Direktor des Eisenwerkes: „Zu allen Kranken, die die Cholera bereits in hohem Grade haben, kann ich nicht gehen, dazu reicht mein geringes Badepersonal nicht aus; aber die Personen, bei denen sich von nun ab die ersten Anzeichen einstellen, sollen sogleich zu mir kommen oder hieher gebracht werden. Zur ersten Behandlung benötige ich eine kleine Bretterbude, welche Sie mir sogleich über den den Ort durchfließenden Bach brückenartig erbauen wollen. In dieser Bude, die nach vorn offen sein kann, werden zwei Badediener sich beständig aufhalten, und dorthin sollen alle jene Personen kommen, bei denen sich die ersten Anzeichen der Krankheit einstellen. Mit dem Reste der Badediener werde ich zu den schwerer Kranken ins Haus gehen.“ So geschah es auch. Quer über den Bach wurden Balken gelegt, aus Brettern ein Fußboden gebildet und über demselben die Bretterbude aufgebaut. Sobald ein Cholerakranker kam, wurde er ausgekleidet, ihm ein in das Bachwasser getauchtes Leintuch um den Körper gelegt und er von zwei Badedienern stark abgerieben. Hierauf bekam er eine Leibbinde um, deren eine Hälfte in kaltes Wasser getaucht und gut ausgewunden war, erhielt aus dem nächsten Brunnen zu trinken und wurde schließlich angewiesen, recht herumzulaufen und, wenn es nicht besser würde, wiederzukommen. Befolgten die Leute die Weisung, gleich bei den ersten Krankheitssymptomen in die Bude zu kommen, so genügten in der Regel einige Abreibungen und das Tragen der nassen Leibbinde. Ließen sie es anstehen und war die Krankheit schon etwas vorgeschritten, so kamen sie in ihrer Wohnung unter die Behandlung Schindlers. Seit des letzteren Eintreffen ist kein einziger Cholerakranker mehr gestorben.

das in 8—10° Wasser getaucht und mehr oder weniger ausgerungen wird, dann bei der kleinsten Verdauungsstörung eine Leibbinde vor dem Schlafengehen. Die eigentlichen Cholerasymptome betreffend, ist ganz besonders jede Diarrhöe vom Anfang ab hydriatisch zu behandeln. Also Ganzabreibung, wie vorhin beschrieben, nach welcher Prozedur der Kranke sofort, ohne daß er vorher abgetrocknet würde, in ein 8—10° Sitzbad kommt für 15—20—30 Minuten. Hernach Leibbinde und innerlich reichliches Wassertrinken. Mehr um der theoretischen Voraussetzung willen, als weil es praktisch zur Anwendung käme,. meint Winternitz noch, daß sich die prophylaktische Ganzabreibung ersetzen ließe durch Dusche oder Halbbad, die gegen den Durchfall gerichtete, aber durch Allgemeinregen und Fächer auf den Unterleib. In praxi allerdings blieb dann auch Winternitz stets bei der altbewährten Abreibung. Was endlich die schwersten Fälle betrifft, bei welchen ihm freilich nur minimale Erfahrung zu eigen — er spricht im ganzen von vier solchen Fällen, darunter zwei schon Moribunden — rät er ein ähnliches Verfahren an, wie in leichteren Fällen. Vergleicht man die Lehren von Wilhelm Winternitz mit denen seiner obgenannten Vorgänger, so kann man nicht sagen, daß er das geringste Neue gebracht, mit Ausnahme etwa von ganz theoretischen Möglichkeiten, zu welchen er selbst aber niemals griff.

Doch halt, um der Wahrheit die Ehre zu geben, es läßt sich nicht leugnen, daß Wilhelm Winternitz mit Theorien uns — sagen wir „beschenkt“ hat. Er hält sich nicht lange bei der Erfahrung der älteren Aerzte und Praktiker auf, daß sicher ein Antagonismus bestehe zwischen äußerer Haut und inneren Schleimhäuten, auch bei der Alltagsbeobachtung nicht, daß Neulinge in der Wasserkur fast stets mit Verstopfung zu kämpfen haben, wenn man dieselbe nicht sonstwie behebt. Nur flüchtig streift er, daß durch starke, trockene und nasse Friktion die Wasserausscheidung von Seite der Haut bedeutend gesteigert und damit notwendig von Seite des Darmes verringert werde. Entscheidend ist ihm jedoch ein anderes: die Tonisierung durch kaltes Wasser, daß Innervation und Zirkulation gekräftigt werden, und für die Prophylaxe die Vorbeugung der Erkältungsgefahr, die Abhärtung auf hydriatischem Wege. Durch Kälteeinwirkung entstehe aktive, arterielle Fluxion zum Hautorgane. Wird nun das mächtige Strombett der Haut aktiv erweitert, dann leitet man damit naturgemäß Blut von den inneren Organen, also auch vom Darme nach außen ab. Aber auch die Herzaktion wird gestärkt, die Vasomotoren besser innerviert, zumal im so wichtigen Splanchnikusreich. Besäßen die Gefäße aber höhere Spannung, dann ließen sie wieder um vieles weniger Flüssigkeit durch, als in erschlafftem paretischen Zustande. Und damit wäre der Diarrhöe ein kräftiger, dauernder Riegel gesetzt. An dieser Theorie ist vieles wahrscheinlich. Wie weit sie aber der Wahrheit entspricht, ist schwer zu sagen, da ja bekanntlich die Vasomotoren sowie die verschiedenen Innervationen uns ziemlich terra incognita sind. Noch schlimmer ist's dann mit der Theorie in den letzten Cholerastadien bestellt. Wir wissen blutwenig, wieso das algide und asphyktische Stadium zustande kommt, wenn dies auch freilich auf offenem Markte niemals gesagt wird. Darum ist es im Grunde eigentlich müßig, die fraglos wirksamen Wasserprozeduren dem holden Geplauder zu akkomodieren, das man mit vornehmer Lässigkeit „Theorie“ betitelt. Schwer ist die Sache nun freilich nicht, doch wirklich ein überflüssiges Beginnen. Ob man als Karnickel die Wasserverarmung des Blutes bezeichnet, infolge kopiöser Transsudation durch freilich noch hypothetische Lähmung von Darmnerven und Darmgefäßen, ob man nicht minder hypothetische Toxine, diese wahren medizinischen Mädchen für alles, schuldtragend macht oder endlich reflektorische Schwächung des Herzens, die freilich auch gar nicht näher bekannt ist, Erklärung für Theoriebedürfnisse unserer Aerzte haben wir immer. Da brauchen wir nur die oben zitierten Hypothesen von Winternitz sowie noch vielleicht die hydriatisch gesteigerte Toxinausscheidung durch Haut und Nieren heranzuziehen

und alle gewünschte Erklärung ist fertig. Ich schätze das Beste, wir kümmern uns ausschließlich um die Behandlung und überlassen die Theorie einer Zukunft, die wirklich Aufklärung zu bieten vermag.

Ich habe bisher nur jene Wasserprozeduren besprochen, die heute noch unbedingt anzuwenden sind. Doch um der historischen Gerechtigkeit willen sei noch zweier Aerzte Erwähnung getan, die gleichzeitig etwa mit Vinzenz Prießnitz die Cholera auch hydriatisch kurierten. Dies waren Professor Casper in Berlin und Günther in Wien. Der erstere übte folgende Methode:[6]) Er setzte den Kranken in eine Badewanne, die, je nachdem die Haut trocken oder mäßig dünstend war, ganz trocken gehalten oder soweit mit lauwarmem Wasser von 27° R. angefüllt wurde, daß der Kranke nur bis über den Nabel im Wasser saß, hierauf wurden dem Patienten 3, 4, auch 5 Eimer (Kindern nur 3) eiskalten Wassers aus großen Töpfen, am besten Nachtgeschirren, über den Kopf, die Brust und den Rücken entlang gegossen; gleichzeitig ließ er aus einem großen Topfe in der Entfernung von einigen Schritten vom Fußende der Wanne mit möglichster Kraft in horizontaler Richtung das Wasser an Brust und Magengegend werfen. Dies geschah abwechselnd mit den Begießungen, und wurden dazu noch 2 Eimer Wasser (bei Kindern 1) verbraucht und möglichst schnell verabreicht. Er wiederholte dieselben im Bedarfsfalle alle 2 bis 4 Stunden. Nachdem der Kranke emporgehoben, ins Bett gelegt und bis an den Hals in erwärmte wollene Decken eingehüllt worden war, ließ er eiskalte nasse Umschläge auf Brust und Unterleib machen. Auf den Kopf wurden eiskalte Umschläge appliziert, die Füße gleichzeitig in naßheiße wollene Tücher geschlagen oder damit bedeckt. Außerdem noch Klistiere und innerlich kaltes Brunnenwasser, Eis und auch kaltes Bier. Die von Günthner geübte Methode war folgende: „Er ließ Waschungen mit kaltem Wasser oder Eis neben Friktionen über die Körperoberfläche mit Eisstückchen machen. Die Waschungen wurden mit Schwämmen oder Tüchern ausgeführt, die Eisfriktionen gewöhnlich auf den Extremitäten, manchmal auf dem ganzen Körper fortgesetzt, bis die Körperteile wieder anfingen, sich zu erwärmen, was in 5—6 Minuten der Fall war; dann wurde der Kranke rasch in mäßig erwärmten Tüchern getrocknet und eingehüllt, worauf sich die Körperoberfläche allmählich erwärmte. Innerlich wurde konsequent Brunnenwasser schluckweise, alle 2—3 Minuten, Eisstückchen alle 5—10 Minuten gereicht.“ Von dieser letzteren Methode urteilten Gaimard und Gerardin, französische Aerzte, die ihre Regierung zum Studium der Cholera ausgesandt hatte: „Un phénomène, bien digne d'intérêt, est le bien-être, qu'éprouvent les malades à la suite de ce traitement; ils demandent et réclament avec instance la répétition de ces lotions et de ces frictions; ils boivent l'eau froide et sucent les morceaux de glace avec un délice et un bonheur inexprimable; ils repoussent avec une sorte d'horreur toute autre substance médicamenteuse. Certainement, si la nature a donné à l'homme souffrant une sorte de faculté instinctive pour découvrir des remédes appropiés à la nature de son mal, on peut affirmer, que l'action du froid est la seule, qui soit toujours recherchée par ces infortunés, jusqu'à leurs derniers instans. Lors, même que l'issue de la maladie était funeste, il était encore facile de reconnaître l'energique influence de ce moyen, par les modifications variées, qu'il exerçait sur la circulation, la couleur et la chaleur de la peau, la quantité et la nature des excretions . . . Ils résulterait de ces documents authentiques, que de toutes les methodes curatives celle par le froid s'est montrée la plus efficace; car le nombre des individus guéris par ce moyen est presque le double du nombre des morts, proportion qui, à notre connaissance, n'a encore été obtenue dans aucun pays.“ Immerhin aber gab

[6]) Zitiert nach einer trefflichen Studie von Ludwig Schweinburg: „Historisches und Methodisches über die Wasserbehandlung der Cholera“ in dem Sammelhefte „Zur Pathologie und Hydrotherapie der Cholera“ von W. Winternitz. Schweinburg, Pollak und Utschik.

diese Methode noch zirka $^{1}/_{3}$ Mortalität, allerdings gegenüber $^{2}/_{3}$ Toten bei jeder medizinischen Therapie. Auch die Erfolge Caspers waren so ziemlich die nämlichen. Vergleicht man damit die Resultate von Prießnitz und Schindler, die gar keine Toten zu beklagen hatten, so fällt es nicht schwer, sich für ein bestimmtes Verfahren zu entscheiden. Wenn Dietl bereits den Ausspruch tat, die Cholera sei von den gefahrvollen Krankheiten des Menschengeschlechtes eine der heilbarsten, so darf ich ergänzen: „Jawohl, so ist's! Doch einzig nur dann, wenn man diese Seuche nach Prießnitz behandelt!"

Ich fühle an dieser Stelle den Drang, ausdrücklich, mit ganz besonderer Schärfe, vor heißen und Dampfprozeduren zu warnen. Ich hätte nach allem, was ich bisher gesagt, im Grunde nicht nötig, darauf noch ostentativ zu verweisen. Doch lehrte mich viele Erfahrung schon, daß nichts zu wiederholen so nötig ist, als just das scheinbar Selbstverständliche. So sei denn mit Nachdruck nochmals betont, daß die Hydrotherapie der Cholera just, und gerade derselben nur eine Kalt wasserbehandlung ist. Mit warmen und heißen Applikationen nützt man dem Patienten nicht nur nichts, vielmehr wird ihm damit gewöhnlich geschadet. Schon Casper erzählt, wie energisch die natürliche Empfindung des Kranken sich gegen Anwendung von Wärme sträubt, und viele nach ihm haben dies bestätigt. Und gleichwohl findet das warme Wasser und besonders der Dampf noch immer Anwendung, trotzdem die Resultate so kläglich sind. Das hat einen psychologischen Grund, den kürzlich Rumpf erst offen bekannte. „Ich habe immer Bedenken getragen," erklärt derselbe, „bei den Schwerkranken mit subnormaler Temperatur noch eine intensive Wärmeentziehung eintreten zu lassen." Er weiß also heute noch immer nicht, was schon Prießnitz lehrte, daß Kälte auf die Haut dann Wärme erzeugt, und daß wir gerade auf diese es absehen. Und auch die Beobachtung Caspers ist ihm fremd, mit der er schon 1832 seine Eisumschläge verteidigen konnte: „Jede Furcht vor Erkältung ist hier, ich kann es dreist versichern, ganz am unrechten Ort und nur ein Anklang aus den Erinnerungen von der direkt erwärmenden Behandlung. Auch diese und gerade diese Methode erwärmt aber mittelbar, und hier sieht man sozusagen die Wärme in dem immer schneller notwendig werdenden Wechsel der kalten Umschläge, und zwar von innen heraus wiederkehren."

Es wäre nur noch ein Wort von den Nachkrankheiten zu sagen, zumal von den Störungen der Magen- und besonders der Darmfunktion. Wie diese Dinge hydriatisch zu behandeln sind, hat oben schon Vinzenz Prießnitz gezeigt, und zwar zu Ende seiner Kurvorschriften. Es genügt wohl, einfach auf diese zu weisen. Sehr merkwürdig ist, daß Prießnitz mit keinem Sterbenswörtchen des Choleratyphoids erwähnt und seiner Symptome. Sollte diese wichtige Nachkrankheit, die in rein pharmazeutisch behandelten Fällen doch etwa ein Viertel der Kranken ergreift, bei hydriatischer Behandlung fehlen? Unmöglich wäre die Sache just nicht, doch ist sie vorläufig noch zu erweisen. Wird man zu einem Choleratyphoid gerufen, dann gebe man Halbbäder von 20—18—16° mit kräftigen Güssen über Kopf und Nacken und gleichzeitigem starken Frottieren der Beine durch eine zweite Hilfsperson und lasse dies Bad etwa 5—15 Minuten währen, je nach der Intensität der Symptome. Ein solches Bad ist 2—3mal im Tage zu erneuern. Etwaige andere Komplikationen der asiatischen Cholera, wie etwa Pneumonie oder akute Bronchitis, sind nach den Regeln für diese anzugehen.

Auch die Behandlung der Cholera nostras hat nach allem Gesagten keine Schwierigkeit mehr. Sie ist in etwas gemilderter Form identisch mit jener der indischen Seuche. Prophylaktisch also an jedem Morgen eine Ganzabreibung und Leibbinde vor dem Schlafengehen. Was aber den Brechdurchfall selbst betrifft, so pflegt er gewöhnlich schon nach einer einmaligen Prozedur zum Stillstand zu kommen. Man gibt also wieder eine Ganzabreibung mit 8—10° Wasser, ein Sitzbad hernach von gleicher Temperatur und halbstündiger Dauer, sodann eine Binde

um den Leib, worauf der Kranke spazieren läuft, bis Schweiß ausbricht oder wenigstens der Körper völlig erwärmt ist. Die Leibbinde wird so oftmals gewechselt, als sie trocken geworden, d. h. gewöhnliche alle vier Stunden; nur die Nacht über läßt man sie unberührt. Man tut am besten, die ganze vorhin beschriebene Prozedur mit Abreibung, Sitzbad und Neptunsgürtel durch mehrere Tage fortzusetzen, und zwar womöglich zweimal pro die (früh und nachmittags). Damit wird am ehesten Darmkatarrhen vorgebeugt, die sich im Anschluß an Cholera nostras so gern entwickeln. Was endlich die schwersten Fälle betrifft, die unter dem Bilde der echten asiatischen Cholera verlaufen, so werden dieselben genau so behandelt, als ob die indische Seuche vorläge. Wer da konsequent nach Prießnitz verfährt, dem wird der Erfolg ein treuer, steter Begleiter bleiben.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Behrings neues Tuberkulose-Heilmittel.

(Internationaler Tuberkulose-Kongreß in Paris.)

Die mit Spannung erwarteten Mitteilungen des Prof. v. Behring über seine neuen Arbeiten auf dem Gebiete der Tuberkulose-Bekämpfung wurden von ihm in der Schlußsitzung des Kongresses vom 7. Oktober gemacht. Sie haben folgenden Inhalt:

Ich habe dankbar das Anerbieten der Kongreßleitung angenommen, Ihnen heute eine Mitteilung zu machen über ein neues Tuberkulosemittel und über das diesem Mittel zugrunde liegende Heilprinzip. Dieses neue Heilprinzip beruht auf der Durchdringung lebender Körperzellen mit einem gut charakterisierten Bestandteil des unschädlich zu machenden lebenden Krankheitserregers, dem von mir sogenannten „T. C.“. Speziell bei der Tuberkulose nenne ich diesen Bestandteil „T. C.“. In der lebenden tierischen Körperzelle erfährt das „C.“ eine merkliche Umwandlung, und in diesem in der Zelle umgewandelten Zustand nenne ich es „H“. Das „T. C.“ stellt in den Tuberkelbazillen nach meiner Beobachtung die formgebende, absorbierende und assimilierende Kraft dar. Auch noch in den mit ihm infizierten tierischen Zellen besteht es bis zu einem gewissen Grade selbständig, und man kann mit Recht von einer Symbose des „T. C.“ mit einem analogen Bestandteil der Tierzellen reden.

Das „T. H.“ in der Zelle ist einerseits die Ursache der Tuberkulin-Ueberempfindlichkeit tuberkulös infizierter Individuen, und es ist anderseits die Ursache heilsamer Zellarbeit gegenüber dem Tuberkulosegift. Einen langen Weg mußte ich zurücklegen, bevor ich zu der hier umrissenen Auffassung des Zustandekommens der durch Versuche von mir festgestellten, willkürlich herbeigeführten Tuberkulose-Immunität von Rindern, Pferden, Ziegen, Schafen, Kaninchen und Meerschweinchen gelangen konnte. Und ich kann hinzufügen, daß ich die Auffindung des richtigen Weges zum Verständnisse des im Laufe der letzten Jahre von mir entdeckten und genau studierten Heilprinzips wesentlich zu verdanken habe meiner genauen Kenntnis von Metschnikows Arbeiten über die Phagozytose.

Wenn ich nach dieser Schilderung des neuen Planes der Schwindsuchtheilung nunmehr übergehe zur Methode der Gewinnung des neuen Tuberkulosemittels, so will ich zunächst die Bemerkung vorausschicken, daß ich gegen die Anwendung lebender und vermehrungsfähiger Tuberkelbazillen beim Menschen die allerschwersten Bedenken habe, so daß die Uebertragung der von mir für die Bekämpfung der Rindertuberkulose mit meinem Bovocaccin wirksam gefundenen Methode für mich ausgeschlossen blieb.

Erst von dem Zeitpunkt ab begann ich ernstlich mit einem zur Bekämpfung der menschlichen Tuberkulose geeigneten Mittel zu rechnen, als ich in dem „T. C.“ einen Stoff gefunden hatte, der nicht vermehrungsfähig ist und trotzdem an Schutz und Heilwirkung den lebenden Bazillen weit überlegen gemacht werden kann durch ihre allmähliche Umwandlung in das „T. H.“.

Diese „T. H.“-Gewinnung beginnt mit der Befreiung des „T. C.“ der Tuberkelbazillen von drei Stoffgruppen. Erstens von der in reinem Wasser, zweitens von der in 10%iger Kochsalzlösung löslichen, mit Tuberkulinwirkung behafteten Proteïnsubstanz. Außerdem müssen aber noch drittens die in Alkohol und Aether löslichen Stoffe aus dem Tuberkelbazillus entfernt werden, ehe man zum „T. C.“ gelangen kann.

Es bleibt von dem Tuberkelbazillus nach Entfernung dieser drei Stoffgruppen ein Restbazillus, der schließlich durch Zerkleinerung in eine formlose Masse verwandelt wird, welche nach der Einführung in das Unterhautzellgewebe von Zellen aufgenommen wird, die aus lymphatischen Keimzentren hervorgehen. Unter gewissen Umständen kann man beobachten, wie die mit „T. C.“ sich tränkenden Zellen zu sogenannten oxyphilen oder eosinophilen Zellen werden.

Von grundlegender Bedeutung für das Verständnis der heilenden „T. C.“-Wirkung ist für mich die Feststellung der Tatsache geworden, daß das „T. C.“, obwohl es sich nicht vermehren kann, die Fähigkeit zur Erzeugung von Tuberkeln besitzt. Die „T. C.“-Tuberkeln verkäsen, erweichen aber niemals, sie sind selbst heilbar, und sie heilen in der Weise aus, daß ihr Gewebe in eben demselben Gewebe ohne Rest aufgeht, aus welchem sie hervorgegangen sind.

Wie lange Zeit noch vergehen wird, ehe mein Tuberkulosemittel zur wirksamen Waffe im Kampfe gegen die menschliche Tuberkulose geworden sein wird? Ich weiß es nicht. Das hängt von vielen Umständen ab; von meiner Arbeitsfähigkeit und Arbeitsfreudigkeit, von meiner taktischen Geschicklichkeit und von Zufälligkeiten, die nicht in meinem eigenen Machtbereich liegen. Möchte ein gütiges Geschick mir diesmal einen Mitkämpfer mit der werbenden Kraft und der über jeden Zweifel erhabenen Uneigennützigkeit wie Roux schenken; dann hoffe ich, wird schon der nächste internationale Tuberkulosekongreß wesentliche Fortschritte im Kampfe gegen die menschliche Schwindsucht zu verzeichnen haben!

Man kann die — im Vergleiche zur Verarbeitung der Tuberkelbazillen meines Bovovaccin zum „T. H.“ im Rinderkörper schon viel weniger langwierige und anstrengende — Umarbeitung des „T. C.“ in „T. H.“ für die tierischen Körperzellen durch gewisse Vorbereitungen noch sehr vermindern, so daß schließlich ähnliche Unterschiede in der Schnelligkeit und in der Unschädlichkeit der Tuberkulose-Immunisierung sich zeigen lassen, wie sie durch die Ehrlich'schen Ausdrücke „aktive“ und „passive“ Immunisierung gekennzeichnet werden. Ueber diesen Teil meiner Untersuchungen werde ich genaue Angaben schon im zweiten Teile meines Buches machen, welches den vollen Titel trägt „Moderne phthisiogenetische und phthisiotherapeutische Probleme in historischer Beleuchtung“.

Aus dem ersten Teile dieses Buches habe ich einige Abschnitte als Festartikel zu unserem Kongresse in der Ihnen allen bekannten Monatsschrift „Tuberkulosis“ veröffentlichen lassen. Der therapeutische Teil meines Buches soll aber nicht früher veröffentlicht werden, als bis über die Unschädlichkeit und Nützlichkeit meines Tuberkulosemittels für die Menschen bestätigende Mitteilungen solcher Praktiker vorliegen, die mehr Erfahrungen besitzen als ich über den Verlauf und Ausgang von einzelnen Tuberkulosefällen. Anderseits erscheint es mir zweckmäßig und notwendig, daß inzwischen auch durch Versuche anderer Tuberkuloseforscher die Richtigkeit und die sichere Wiederkehr meiner eigenen Heilerfolge an Tieren außerhalb meines eigenen Laboratoriums geprüft werden.

Sie wissen, daß schon oft von angesehenen Tuberkuloseforschern Mittel angekündigt worden sind, die im Tierver-

such und insbesondere auch im Meerschweinchenversuch schützende und heilende Wirkung ausüben sollten. Ich nenne vor allem das Koch'sche „Alt"-Tuberkulin und „Neu"-Tuberkulin und dann außerdem noch Maraglianos und Marmoreks Tuberkulosesera. Sie wissen aber auch, daß in anderen Laboratorien mit diesen Mitteln die von ihren Erfindern gerühmten Wirkungen nicht bestätigt werden konnten. Ich hoffe nun, daß diejenigen Versucher, denen ich nach meiner Rückkehr zur Arbeit in Marburg mein Mittel anvertrauen werde, nicht bloß ebenso gute, sondern noch bessere Heilerfolge bekommen werden als ich — denn ich halte mein Mittel noch für vervollkommnungsfähig. Auch die Art und Weise seiner Anwendung kann vielleicht noch mit Vorteil geändert werden. Die gegenwärtige Lage hat, wie ich ausdrücklich betonen möchte, außerordentlich große Aehnlichkeit mit derjenigen, in der ich mich vor 15 Jahren befand, als ich das neue Diphtheriemittel entdeckt hatte. Gleich im Beginn der Entdeckung, im Jahre 1889, war ich über ihre praktische Wichtigkeit nicht im geringsten im Zweifel. Vier Jahre aber mußten noch nach meiner Mitteilung vergehen, ehe meine wissenschaftlichen Forschungsergebnisse allgemeinere Anerkennung fanden, und wahrscheinlich hätte die Anerkennung noch viel länger auf sich warten lassen, wenn nicht mein hochverehrter Freund Emile Roux mit seinem Vortrag in Ofen-Pest sich auf meine Seite gestellt hätte als Vorkämpfer für die Nutzbarmachung meines Diphtherieserums zur Heilung der kindermordenden Diphtherie.

Prognose und Therapie der Albuminurie.
Klinischer Vortrag von Prof. Fürbringer in Berlin.

Was zunächst die Behandlung der sogenannten zyklischen Albuminurie anlangt, verwirft Vf. das bisher geübte Verfahren, solche Kranke monatelang im Bette zu halten, und stimmt denen bei, die durch Kräftigung des Herzens auf dem Wege der Muskelbewegung der bei der zyklischen Albuminurie offenbar wesentlich mitwirkenden Verlangsamung des venösen Blutstromes im Bereiche der unteren Hohlvenen und damit der Niere entgegenzuarbeiten suchen. Dies umsomehr, als ein gleichzeitiger Luftgenuß der begleitenden Anämie begegnet.

Weiter hat man die Bäder vielfach zur Bekämpfung der zyklischen Albuminurie herangezogen. Vf. bevorzugt die lauwarmen Bäder und hat auch gegen kühlere Prozeduren, die offenbar durch eine Besserung der Zirkulation Gutes schaffen können, nichts einzuwenden.

Nicht so hoch wie diese physikalische Therapie ist die diätetische Behandlung einzuschätzen. Selbstverständlich sind nierenreizende Nähr- und Genußmittel, obenan die scharfen Gewürze und starke Alkoholika, strenge zu verbieten. Allein die Scheu vor der Darreichung von Eiern und Fleisch bekämpft Vf. in entschiedener Weise, wiewohl er die Vorzüge einer zu Gunsten lakto-vegetabilischer Diät eingeschränkten Fleischnahrung anerkennt.

Daß die klimatischen Faktoren eine große Rolle spielen, versteht sich von selbst: der sonnige, windarme Süden gewährt solchen Kranken einen großen Nutzen.

Ueber die von anderen Seiten vorgeschlagene Kompression der Beine sowie über die Behandlung der Albuminurie durch Massage fehlt F. eigene Erfahrung.

Was nun die Behandlung der nephritischen Albuminurie anlangt, so kommt hier schon der oft große Eiweißverlust in Betracht, der auf die Dauer eine schwere Beeinträchtigung der Ernährung zur Folge hat. In solchen Fällen ist eine eiweißreichere Kost, bezw. Steigerung der Durchschnittsration strenge geboten.

Nicht minder wichtig ist die qualitative Gestaltung der einzelnen Nahrungsmittel. Um mit dem Fleisch zu beginnen, so darf mit Ausnahme des Pökel- und Rauchfleisches, der Fleischbrühe und des Fleischextraktes jede Fleischart dem Kranken gestattet werden.

Daß die Milch gewisse Vorzüge vor dem Fleisch hat, ist zweifellos; aber die



strengen exklusiven Milchkuren sind in der Neuzeit abgetan.

Eier steigern als rohe die nephritische Albuminurie, nicht aber als gekochte, die man ohne Schaden verordnen mag.

Endlich sei noch der Pflanzeneiweißpräparate gedacht, die in der Form der wohlschmeckenden Leguminosen von den Patienten auf die Dauer den Aleuronat- und Roboratformen vorgezogen zu werden pflegen.

Die physikalische Therapie der nephritischen Albuminurie steht hinter der diätetischen zurück. Aber auch hier feiert eine sachgemäße Bewegungstherapie nicht selten ihre entschiedenen Triumphe. Von einer medikamentösen Therapie ist nichts zu erwarten. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20, 1905.)

Laub.

Die Vermeidung der Nierenreizung nach großen Salizylgaben. Von Dr. Ernst Frey. (Aus dem pharmakol. Institute der Universität Jena; Dir.: Prof. Dr. Kionka.)

Seit Lüthje festgestellt hat, daß bei der Salizyltherapie das Auftreten von Eiweiß oder Zylindern im Harn ein regelmäßiger Befund ist, wurde von Seiten der Kliniker dieser Tatsache große Beachtung geschenkt, und es sind Vorschläge gemacht worden, wie man bei möglichster Schonung der Niere eine energische Therapie einleiten kann.

Vf. unterscheidet eine doppelte Wirkung der Salizylpräparate: die eine beruht auf einer örtlichen Reizung, welche nur die freie Säure äußert, die andere auf resorptive Vorgänger, die jedes Salizylpräparat hat. Letztere Wirkung ist eine Blutgiftwirkung, die sich nicht vermeiden läßt, sobald Salizylsäure in den Organismus eingeführt wird.

Da die lokale Reizwirkung nur der freien Säure zukommt, so müßte die Nierenreizung im alkalischen Urin in Wegfall kommen, dagegen bestehen bleiben, wenn sie die Folge der Giftwirkung der Salizylsäure und ihrer Abkömmlinge ist.

Experimentelle, an Kaninchen und Hunden ausgeführte Untersuchungen zeigten in der Tat, daß die Reizung der Nieren, das Auftreten von Eiweiß und Zylindern nur im sauren Urin zustande kommt, während alkalischer Urin davon frei bleibt. Die Nierenreizung ist demnach eine lokale Reizwirkung der im sauren Harne freiwerdenden Salizylsäure.

Es wird sich daher am Krankenbette empfehlen, bei medizinaler Anwendung der Salizylsäure den Harn alkalisch zu machen, wozu sich in erster Linie die gleichzeitige Darreichung alkalischer Wässer am besten eignen dürfte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28, 1905.)

Laub.

Zur Pathogenese und Therapie der Arteriosklerose. Von Dr. O. Burwinkel in Nauheim-San Remo.

In der Therapie der Arteriosklerose muß der Hauptwert auf die Prophylaxe gelegt werden. „Die Rückkehr zur einfachen und natürlichen Lebensweise ist das einzige, aber auch ein sicheres Prophylaktikum.“ Eine rationelle Diät spielt hier die Hauptrolle. In erster Linie muß der Plethora und damit dem erhöhten Druck im arteriellen System entgegengearbeitet werden. Aus diesem Grunde ist die Zufuhr nicht bloß der flüssigen, sondern auch der festen Speisen zu reduzieren, der Fleischgenuß ist zu beschränken, eine mehr laktovegatibilische Diät setzt die Vikosität des Blutes und die inneren Reibungswiderstände in der Gefäßbahn herab. Regelmäßige und ausgiebige Darmentleerungen sind allemal wünschenswert. Zweckmäßige Muskelbewegungen bewirken günstige Strömungsverhältnisse und richtige Blutverteilung.

Hydriatische und balneotherapeutische Prozeduren wirken tonisierend auf das Gefäßnervensystem. Besonderen Wert legt Vf. auf den periodisch zu wiederholenden Aderlaß. Durch denselben werden der Blutdruck und die peripheren Widerstände herabgesetzt und eine übermäßige Klebrigkeit und Schwerflüssigkeit des Blutes beseitigt. Zudem befreit ein Ader-

laß das Blut am schnellsten von toxischen Substanzen, besonders von CO_2.

Was die medikamentöse Behandlung anbetrifft, so wird der Nutzen der Jodmedikation allgemein zugegeben. Bei starkem gespannten Pulse empfiehlt Vf. Jodnatrium in Verbindung mit Chloralhydrat (aa 5·0:100·0, Aq. dest. zwei- bis dreimal täglich 1 Eßlöffel zu nehmen). Diese Kombination leistet namentlich bei Asthma cardiale Ausgezeichnetes. Bei Erscheinungen von Herzschwäche ist Digitalis das souveräne Mittel. Bei Neigung zu Katarrhen der Bronchialschleimhaut empfiehlt sich folgende Mischung: Pulv. fol. Digit. 2·0, Ext. Hyoscyam. 0·5, M. f. pill. Nr. 20, S. Zwei- bis dreimal täglich 1 Pille. Diese Pillen sind unter Umständen 1—2 Monate zu nehmen. Bei Schlaflosigkeit statt Hyoszyamin 0·1 Heroin. Bei anginösen Beschwerden bewährt sich häufig Diuretin dreimal täglich 0·50, ferner Nitroglyzerin.

Von den Antisklerosin-Tabletten von Natterer glaubt Vf. in einzelnen Fällen Nutzen gesehen zu haben, namentlich bezüglich der Stärke der anginösen Beschwerden. — (Deutsche Aerzte-Ztg., H. 16, 1905.) Laub.

Ueber das Auftreten von Pneumonie und Pleuritis bei Typhus abdominalis. Von Arnold Heymann.

Den interessanten Untersuchungen des Vfs. lagen 17 Fälle zugrunde. Für diese Fälle kommt Vf. zu folgenden Ergebnissen: 1. Die Pleuritis ist eine relativ häufige Komplikation des Typhus abdominalis, häufiger als die Pneumonie; als selbständig auftretende exsudative Pleuritis allein ist sie ebenso häufig als die Pneumonie. 2. Der Pleurotyphus ist nicht wesentlich seltener als der Pneumotyphus. 3. Die exsudative Pleuritis setzt vorzugsweise seröse Exsudate, außerdem auch serofibrinöse, hämorrhagische und eitrige und deren Mischformen. 4. Diese Exsudate sind meist reichlich. 5. Es ist bisher nicht gerechtfertigt, das Typhusbakterium als alleinigen Erreger der Pleuritis typhosa zu bezeichnen. Der Nachweis desselben gelingt auch nach den Angaben der Literatur durchaus nicht immer. 6. Eine hervorragende Neigung des Exsudats zur Vereiterung beim Auftreten in späteren Stadien des Typhus vermochte Vf. nicht zu konstatieren. Im Gegenteil traten die eitrigen oder später vereiternden Exsudate früh auf. 7. Die Zeit des Auftretens der Pleuritis, sowie die Dauer derselben ist äußerst verschieden. 8. Eine Bevorzugung der linken Seite hat Vf. nicht gefunden, dagegen schien das männliche Geschlecht mehr ergriffen zu werden als das weibliche. 9. Die Prognose der Pleuritiskomplikation bei Typhus ist ernst. — (Diss., Würzburg 1904.) F. L.

Beobachtungen über die Resorption im Dünn- und Dickdarm. Von B. Heile.

Der Dünndarm resorbiert nach den an Hunden mit Cökalfistel angestellten Versuchen des Vfs. das eingeführte Eiweiß ebenso wie Rohrzucker und Traubenzucker fast wie vollständig, wenn die Mengen der Nahrungsstoffe dem Nahrungsbedürfnisse des Körpers entsprechen. Bei Uebererernährung treten Teile der eingeführten Nahrung unresorbiert in den Dickdarm über, ebenso wenn bei katarrhalischen Zuständen die Resorptionskraft des Dünndarmes leidet. Mit den unverdauten Bestandteilen der Nahrung und gewissen Produkten der Darmsekretion treten in den Dickdarm wechselnde aber anscheinend geringe Mengen der Verdauungsenzyme, welche bei übermäßiger Ernährung die Nahrungsstoffe unter günstigen Bedingungen vielleicht auch im Dickdarm weiter in resorbierbare Produkte überführen können. Der Dickdarm vermag unverändertes Eiweiß (Hühnereiweiß, Kasein) nicht zu resorbieren. Deshalb sind Eiweißklistiere in dieser Form wertlos. Auch die Resorption von Wasser, Rohrzucker und Traubenzucker ist im Dickdarm auffallend gering, jedenfalls bei weitem geringer als im Dünndarm. Der Dickdarm resorbiert das Alkali, welches in ihn mit dem Dickdarmkot gelangt. Beim Anus praeternaturalis, Darmausschaltungen etc. können durch die Alkali-Entziehung unter Umständen schwere Stoffwechselstörungen eintreten. — (Mitteil. a. d. Grenzgeb., Bd. 14, H. 4.) F. L.

Physikalische Therapie.

Die Balneotherapie in der Nervenheilkunde. Von A. Eulenburg in Berlin.

Es ist zunächst an der Scheidung zwischen organischen und funktionellen Nervenerkrankungen (Neurosen) festzuhalten. Letztere sind mehr den Psychosen oder Psychoneurosen beizuzählen und einer psychischen Therapie zugänglich. Aber auch die organischen, auf einer sichtbaren anatomischen Läsion beruhenden Erkrankungen des Zentralnervensystems lassen sich sehr gut therapeutisch beeinflussen, wenn wir sie nicht einseitig pathologisch-anatomisch, sondern vom biologischen, betriebsenergetischen Standpunkt — als Störungen in Leitung, Aufspeicherung und Umformung der spezifischen Nervenenergie — auffassen. Die Therapie besteht dann in einer durch Anpassung bedingten kompensatorischen Ausgleichung und Regulierung der organischen Betriebsstörung und ist abhängig von dem jeweiligen anatomischen Substrat.

Die balneologischen Heilmittel können nicht auf direktem Wege vorgeschrittene degenerative Prozesse rückgängig machen, sie müssen an die funktionellen Schädigungen anknüpfen und diese zu beeinflussen trachten. In diesem Sinne können z. B. Kaltwasserkuren, kohlensäurereiche Thermalbäder, Wildbäder und Schwefelbäder in Kombination mit der faradischen Hautreizung, der kompensatorischen Uebungstherapie, unblutigen Nervendehnung u. dgl. gegen Tabes dorsalis erfolgreich ins Feld ziehen. — Wenn verschiedene Bäder und Kurorte auf schwere Nervenkranke so günstig einwirken, so ist das nicht so sehr der spezifischen Heilwirkung der betreffenden Quellen zuzuschreiben, als vielmehr der Einsicht des Arztes, der mit allen in Betracht kommenden Einzelheiten auf das Beste bewandert sein und den Heilplan nach individuellen Abweichungen aufs feinste nuancieren muß. — In der letzten Zeit hat sich der bemerkenswerte Umschwung vollzogen, daß die Kurorte, die früher von Tuberkulösen vorzugsweise aufgesucht wurden, jetzt die infektiösen Kranken von sich fernzuhalten suchen und meist nur auf Rekonvaleszenten, Schwächliche und Nervöse reflektieren. Leider fehlen gerade in solchen Kurorten geeignete ärztlich geschulte Kräfte, wodurch dem individualisierenden Faktor nicht gebührend Rechnung getragen werden kann. Unter den Momenten, die bei der individualisierenden Auswahl von Kurorten für funktionelle Nervenkranke (Nervosität, Neurasthenie, Hysterie, leichte Formen von Hypochondrie, nervös-seelische Depression und Erschöpfung) in Betracht kommen, hebt Vf. hervor: 1. den klimatischen Faktor, 2. den spezifischen Milieufaktor, worunter er die wirtschaftlichen, hygienischen, gesellschaftlichen, kulturellen und ethnologischen Verhältnisse versteht, 3. den lokaltherapeutischen, 4. den personell-ärztlichen und 5. den individualpsychologischen oder „suggestiven" Faktor. — Zu den örtlich klimatischen Einwirkungen gehört der Einfluß des Reisens, der Ortsveränderung, die Besonderheit von Binnenland, Insel, Meeresküste, Ebene und Höhe, Mittel- und Hochgebirge u. dgl. Besonders das „Höhenklima" ist erfahrungsgemäß ein sicheres spezifisches, für überaus zahlreiche Fälle funktioneller Neurosen ungemein wertvolles Anregungs- und Stärkungsmittel. Dabei ist jedoch eine gewisse Vorsicht geboten. Manche Nervenkranke vertragen die eine gewisse Mittelhöhe übersteigenden Aufenthalte, also die Mehrzahl der eigentlichen „alpinen" Kurstationen mangelhaft oder schlecht, während sie sich in den subalpinen Ortschaften subjektiv und objektiv oft ganz vortrefflich befinden. Als Durchschnittsgrenze zwischen einfachen Höhenkurorten und eigentlichen Hochgebirgskurorten sind 900 bis 1100 m Meereshöhe anzunehmen. Vor allem sind es die Kranken mit Erscheinungen von Herzneurosen und kardiovaskulären Störungen, sowie mit nervöser Insomnie und die Basedow-Kranken, die an höher gelegenen Orten, wie Ober-Engadin (1500 bis 1600 m), mit Unruhe, Erregtheit, Beschleunigung der Herz- und Atemtätigkeit, Schlaflosigkeit zu kämpfen haben. Solche Kranke sind daher an niedriger gelegene Orte, wie Rigi-Kaltbad (300—400 m), Schimbergbad u. s. w., zu schicken.

Bezüglich der klimatischen Verhältnisse bei Winteraufenthalt im Hochgebirge herrscht oft die unbegründete Furcht vor zu niedrigen Temperaturen. Dabei wird nicht beachtet, daß bei der intensiven Sonnenbestrahlung und den vielen klaren, wolkenlosen und sonnenreichen Tagen, wie sie gerade der Winter im Hochgebirge bietet, die Temperatur, wenigstens tagsüber, oft genug nicht bloß der unserigen gleichkommt, sondern unter Umständen sogar erheblich darüber hinausgeht. Dagegen ist vor übermäßigem, die Leistungsfähigkeit übersteigendem Betrieb von Wintersports in Form von Schlittschuhlaufen, Skilaufen, von anglo-amerikanischen Eisspielen und Schlittenbahnen u. s. w. zu warnen und dieselben nur dann zu gestatten, wenn ein gewisses Maß von Festigkeit und Widerstandskraft bei den Nervenkranken vorausgesetzt werden darf. — Beim Seeklima kommt der im ganzen feuchtere und kühlere Charakter desselben und die Neigung zu lokalen Luftströmungen in Betracht. Die Wirkung kann als mehr oder minder intensiv anregend und stimulierend bezeichnet werden, namentlich bei sogenannter nervöser Konstitutionsschwäche. Aber auch hier gibt es zahlreiche Kranke, die das Seeklima nicht vertragen. Es sind dies besonders heruntergekommene, schlaffe und apathische oder seelisch niedergedrückte, grüblerische, in sich selbst versunkene Naturen, bei denen der Seeaufenthalt weder in somatischer noch in psychischer Beziehung sich wohltätig erweist. Bei der individualisierenden Auswahl wird man zwischen den milderen, landschaftlich anmutigeren Ostseebädern und den viel stärker exzitierenden Nordseebädern die Wahl zu treffen haben.

Neuerdings ist die Frage angeregt worden, inwieweit die nordische Seeküste und Inseln den Zwecken des Herbst- und Winteraufenthaltes für Kranke dienstbar gemacht werden können. Es sind in dieser Beziehung mancherlei Vorurteile aus dem Wege zu räumen, da gerade während des Winters an manchen Nordseeplätzen das Klima keineswegs rauher, sondern im Gegenteil erheblich milder und konstanter ist als im Binnenlande, und zwar wegen der ausgleichenden ozeanischen Strömungen und des Vorherrschens wärmerer westlicher und südwestlicher Windrichtungen (Ventnor auf der Insel Wight). — Vf. fordert zum Schlusse die Aerzte auf, sich mit der schwierigen Frage der Spezialindikationen und Kontraindikationen der Kurorte zu befassen, weil nur auf diesem Wege eine gesicherte wissenschaftliche Basis für die Balneotherapie der Nervenkrankheiten geschaffen werden kann. — (Mediz. Woche Nr. 9, 1905; Bl. f. klin. Hydrotherapie Nr. 6, 1905.)

Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Zur chirurgischen Behandlung benigner und maligner Magengeschwüre. Von Dr. John C. Munro in Boston.

Vf. berichtet über 146 einschlägige Fälle, bei denen er Operationen am Magen vorgenommen hat, darunter 50mal wegen Karzinoms. Bei drei Fällen der letzteren Gruppe beschränkt man sich auf eine Probeinzision, da das Karzinom inoperabel war und eine Indikation zur Gastroenterostomie nicht bestand. Die Gastroenterostomie bei Carcinoma inoperabile wurde 25mal ausgeführt, meist mit dem Murphy-Knopf. 10mal wurde eine Pylorektomie gemacht, und zwar mehreremale bei Fällen, die an der Grenze der Malignität standen. 90mal wurde wegen gutartigen Magengeschwürs operiert, und zwar meist mittels Gastroenterostomia anterior oder posterior oder nach den Methoden von Finney oder Kocher. Die Erfolge waren meist ausgezeichnet. Auch ganz niedriger Hämoglobingehalt ist, speziell bei akuten Hämorrhagien, keine Kontraindikation (so wurde z. B. bei 15% Hämoglobin noch mit Erfolg operiert.) — Medical News, Nr. 22, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Die Behandlung der Hämorrhoiden in der Praxis. Von Dr. T. Chittenden Hill in Boston.

Die Hämorrhoidalleiden mit ihren oft außerordentlich heftigen Schmerzen finden von Seiten des praktischen Arztes

meist viel zu wenig Beachtung und Verständnis. Man unterscheidet zwei große Gruppen, äußere und innere Hämorrhoiden. Die erstere Gruppe, die durch starkes Pressen beim Stuhlgang oder durch einen besonders kräftigen Hustenstoß hervorgerufen werden kann, enthält entweder einen Thrombus, der sich mittels eines kleinen Schnittes nach Lokalanästhesie schmerzlos exprimieren läßt, oder sie beruht auf einer mehr oder weniger chronischen Entzündung, die man zweckmäßig mit Zinksalbe oder Zinkpuder behandelt. Die inneren Hämorrhoiden kann man entweder nach Hervorziehen exzidieren (die Abtragung mittels Thermokauters wird nicht empfohlen) oder durch Karbolsäureinjektionen zum Schrumpfen bringen. — Sorgfältige Nachbehandlung ist von großem Wert. Stuhlgang soll erst nach 48 Stunden (am besten durch Abführmittel) erfolgen. — (Boston, med. and surgical journal, Nr. 5, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Der Explorativschnitt bei Nierenoperationen. Von Dr. Lilienthal in New-York.

Wenn es mit allen modernen Hilfsmitteln nicht gelingt, zu einer sicheren Diagnose bei einer Affektion der Niere zu kommen, dann tritt die Incisio probatoria in ihre Rechte. Hat man z. B. bei der Zystoskopie nur den Ureter der kranken Seite oder gar keinen zu Gesicht bekommen, so überzeuge man sich durch einen Schnitt davon, daß eine zweite gesunde Niere existiert. Auch bei Zystenniere, die bekanntlich meist doppelseitig ist, ist eine solche Freilegung zu raten. Da die linke Niere schlechter palpabel ist als die rechte, ist ein Explorationsschnitt unentbehrlich zur Entscheidung der Frage, ob die betreffende Affektion nicht etwa doppelseitig ist. Vf. scheint von der Explorativinzision einen häufigeren Gebrauch zu machen, als das sonst Usance ist. Inwieweit dadurch seine Gesamtresultate gegenüber dem konservativeren Standpunkte gebessert werden, ist leider aus dem kurzen Exzerpt seines Vortrages nicht zu sehen. — (Medical News, Nr. 10, 1905.) Lewisohn, Heidelberg.

Ueber angeborenen Hallux valgus. Von Dr. Max M. Klar.

Bisher nahm man an, daß Hallux valgus nur als vestimentäre, also durch unzweckmäßiges Schuhwerk erworbene, Deformität vorkomme. Nur Lühe und neuerdings Schanz erwähnten, daß Hallux valgus oft bei Leuten beobachtet werde, die nie Schuhe getragen haben. Vf. beobachtete in der Vulpius'schen Klinik die Deformität beiderseits mit Valgusstellung der übrigen Zehen bei einem 35jährigen Manne, der nach seiner und seiner Mutter Angabe die Mißbildung seit der Geburt besitzt, und zwar ererbt von der Mutter; außer ihm haben noch drei Schwestern von seinen sieben lebenden Geschwistern Halluces valgi, und eine Tochter einer der Schwestern weist ebenfalls die Deformität auf, die somit bei drei Generationen festgestellt ist. Es ist also Angeborensein der Halluces valgi oder mindestens angeborene Disposition und frühzeitige Ausbildung der Deformität anzunehmen. Der Patient und seine Mutter haben in ihrer Jugend nie Schuhzeug getragen. — (Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. 14, 1905; Selbstbericht.)

Die Wirkungen ausgedehnter Resektionen von Hirnschale und Dura auf Struktur und Funktion der Hirnrinde. Von O. Schifone.

Die Ergebnisse einer großen Reihe von (an der chirurgischen Universitätsklinik in Rom angestellten) Untersuchungen sind folgende: Ein größerer Substanzverlust von Hirnschale oder Dura wird niemals durch frisches Knochengewebe, sondern lediglich durch resistentes Bindegewebe ausgefüllt, welches die Hirnsubstanz mit den weichen Geweben des Perikraniums fest verlötet. Diese postoperativen Adhärenzen bedingen in den oberflächlichen Schichten der Hirnrinde Veränderungen, die schließlich zum teilweisen Verschwinden der nervösen Elemente und zum Ersatz derselben durch Neuroglia führen. Trotz dieser Adhärenzen und der durch sie hervorgerufenen Veränderungen findet man auch nach längerer Zeit keine motorisch-sensibeln oder trophischen Störungen bei den operierten Tieren. Sie führen auch nicht zu Jackson'scher Epi-

lepsie, wenn die Heilung aseptisch war; solche Anfälle finden sich nur bei besonders prädisponierten Individuen und zeigen dann sehr rasch die Tendenz zur Generalisierung. Ferner führt ein solcher einfacher Substanzverlust nie zu einer Hernie, wenn nicht andere Ursachen, wie Vermehrung des intrakraniellen Druckes oder eine Meningoenzephalitis hinzutreten. — Die Resektion des Schädeldaches und der Dura ist also auch bei weiterer Ausdehnung nicht als gefährliche Operation zu betrachten, vorausgesetzt, daß aseptisch operiert wird. — (Il Policlinico Sez. chir., H. 1—5, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Kokain-Adrenalin-Anästhesie in der Chirurgie. Von G. Bechi.

Auf Grund ihrer Anwendung in 44 Fällen hält Vf. die Methode für vorzüglich zur Behandlung oberflächlicher Erkrankungen; Operationen an der Haut und im Unterhautzellgewebe ließen sich ohne Schmerz und mit ganz geringer oder überhaupt ohne Blutung ausführen. Dagegen war das Operieren in tieferen Schichten, wie z. B. Manipulationen am Bruchsack, Isolierung der Venen des Samenstranges, Rippenresektion etc. sehr schmerzhaft, weshalb Vf. die Methode für die große Chirurgie nicht empfiehlt. Sehr im Auge zu behalten ist das nicht ganz seltene Vorkommen schwerer Nachblutungen. (Ein Ereignis, das auch Ref. jüngst zu beobachten Gelegenheit hatte.) — Gazz. degli Ospedali, 25. Juni 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Das Euguform in der Chirurgie. Von A. Cernezzi.

Vf. konnte sich von der günstigen, prompten und ohne lokale oder allgemeine Schädigungen eintretenden Wirkung des Euguform überzeugen und stellt es über das Jodoform und noch mehr über dessen andere Ersatzpräparate. Er verwendet es als Pulver, als 5—10%ige Vaselinsalbe, als 10%ige ölige Emulsion, als 50%ige Lösung in Azeton. Er sah unter Euguform rasch alte, ausgedehnte, lupöse Ulcera abheilen, konstatierte günstige Erfolge nach Injektion des Oelemulsion bei Cystitis und Arthritis tuberculosa, sah Ekzeme rasch ihren Pruritus verlieren und heilen, und sah besonders eine gute Einwirkung des Streupulvers auf die Asepsis bei Resektionen. — (Gazz. degli Ospedali, 11. Juni 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Klinische und anatomische Beiträge zur Genitaltuberkulose des Weibes. Von C. Ahlefelder.

Vf. berichtet ausführlich über 15 einschlägige Fälle und kommt zum Resultate, daß die Genitaltuberkulose vorwiegend eine Erkrankung des zeugungsfähigen Alters ist und Sterilität wegen Unwegsamkeit der Tuben zur Folge hat. Eine sichere Diagnose ist schwierig; Nachweis von heriditärer Belastung für die Diagnose wirkt bestimmend. Im Anfangsstadium sind Veränderungen der Tube nicht tastbar. Die Therapie besteht in operativem Vorgehen und wurden von den oben angeführten Fällen 5 laparatomiert, 3 total exstierpiert, bei 5 wurde die Kolpotomie mit und ohne Tubenresektion vorgenommen. In 3 Fällen trat der Tod ein, weil die gleichzeitig vorhandene Lungentuberkulose sehr stark vorgeschritten war. Tuberculisis pulmon. et mening. bildet eine Kontraindikation für den operativen Eingriff. Bei den übrigen Fällen war der Verlauf ein glatter und die Rekonvaleszenz so weit es sich feststellen ließ, in fortgesetzter Besserung begriffen. — (Monatsschr. f. Geburtsh. und Gynäkol., Bd. 16, H. 3.) Königstein.

Ueber Komplikation der Geburt mit Ovarientumoren. Ovariotomia abdominalis intra partum mit nachfolgender Entbindung der Vias naturales. Von M. Semon.

Vf. berichtet über eine 23jährige I.-para, bei welcher folgender Status präsens festgestellt wurde. Die Frucht in Fußlage. Portio hart, nach oben verdrängt durch einen kindskopfgroßen Tumor, welcher das kleine Becken ganz ausfüllt und die hintere Scheidenwand stark vorwölbt. Am Abend vor der stattgehabten Untersuchung war das Fruchtwasser abgegangen und hatten sich bereits Wehen

eingestellt, die während der Untersuchung an Intensität stark zunahmen. Die Zahl der kindlichen Herztöne betrug 120. Ein Repositionsversuch des Tumors, welcher als Myom oder Dermoid angesprochen wurde, blieb erfolglos, weshalb zur Operation geschritten wurde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Uterus vorgewälzt und der im Becken eingekeilte Tumor, der sich als ein rechtsseitiges Endothelioma ovarii erweist, nach Unterbindung des gefäßreichen Stieles entwickelt. Das linke Ovarium erwies sich als unverändert. Nach Reposition des Uterus wurde das Abdomen in drei Etagen geschlossen. Kurz darauf fand die Geburt eines lebenden ausgetragenen Kindes unter Manualhilfe statt. Der Verlauf des Wochenbettes war normal; die Laparatomiewunde heilte per primam ohne spätere Hernienbildung, der Uterus adhäsierte der Narbe. Kurze Zeit darauf konzipierte die Patientin wieder. Die Gravidität verlief normal und die Geburt spontan. Verfasser empfiehlt in ähnlichen Fällen die Ovariotomie während der Geburt ohne gleichzeitige Sectio caesarea. Bei zystischen nicht adhärenten, gut gestielten Tumoren kann der vaginale Weg eingeschlagen werden, sonst ist abdominal vorzugehen. Vf. warnt vor forcierten Repositionsversuchen, da sie wegen Stieldrehung und Ruptur der Zyste große Gefahren in sich bergen. Nur bei sicher diagnostizierten zystischen Tumoren hat Punktion Erfolg. Bei Dermoiden ist die breite vaginale Inzision vorzuziehen. Sectio caesarea ist nur dann vorzunehmen, wenn die abdominale Ovariotomie nicht genügt; so bei inoperablen Tumoren, bei ausgedehnten Verwachsungen intraligamentärer Entwicklung. Vor Beseitigung des Geburtshindernisses sind Entbindungsversuche zu unterlassen. Es wäre dies ein schwerer Fehler und könnte von den schlimmsten Folgen begleitet sein. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 16, H. 3.) Königstein.

Das Parathyreoidin Vassale und die Puerperaleklampsie. Von E. Maragliano.

Bericht über drei Fälle, die durch das Präparat geheilt wurden. Dosis am ersten Tag 120 Tropfen (in Einzeldosen von 20 Tropfen), dann weiter täglich 80 Tropfen. Da das Mittel absolut unschädlich ist (ein Kaninchen erträgt 10 g ohne Schaden) verdient es in entsprechenden Fällen Anwendung. — (Gazz. degli ospedali, 30. April 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Eclampsia gravidarum und Parathyreoidin. Von G. Vassale.

Vf. hatte schon 1896 in dem Gesamtschilddrüsenapparat zwei verschiedene Funktionen entdeckt, die Parathyreoidfunktion, deren Ausfall tödliche Tetanie, und die Thyreoidfunktion, deren Ausfall Myxödem hervorruft. Entfernt man einen Teil der Nebenschilddrüsen, so kommt es zu einer latenten Insuffizienz, und der Ausbruch der tetanischen Krämpfe kann durch verschiedene Momente (Gravidität und ihre Folgen, Erkältung etc.) hervorgerufen werden. Der Umstand, daß eine Hündin mit partieller Nebenschilddrüsenexstirpation einmal während der Laktation und einmal während der Gravidität das typische Bild der Tetanie darbot, führte Vf. zu der Vermutung, daß alle Formen der Mutterschaftstetanie durch Fehlen, beziehungsweise Funktionsausfall einer oder beider Nebenschilddrüsen herbeigeführt sein könnten. Er stellte daher aus Rindernebenschilddrüsen ein Extrakt her (das Parathyreoidin) und verwendete es (täglich 4 × 30 Tropfen) in drei Fällen von Eklampsie mit überraschend günstigem Erfolge. Offenbar wird eben bei der Graviditätseklampsie eine latente Insuffizienz durch irgend einen Hilfsfaktor (Giftwirkung, vielleicht von der Plazenta aus) manifest. — Auch bei einem zweijährigen Kind mit Tetanie wurde das Parathyreoidin mit gutem Erfolge angewendet; von drei Epileptikern blieb einer ungebessert, zwei, darunter ein sehr schwerer Fall, wurden günstig beeinflußt. Ein Versuch wäre auch bei der Tachykardie bei Basedow gerechtfertigt. — (Gazz. degli ospedali, 18. April 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Laryngologie und Rhinologie.

Ist die Kehlkopftuberkulose als eine Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen? Von Dr. A. Kuttner.

Nach eingehender Besprechung der bis jetzt bekannten einschlägigen Arbeiten und Statistiken und besonders scharfsinniger Erörterung der Rechtslage bei diesem Eingriffe kommt Vf. zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die diffuse Larynxtuberkulose während der Schwangerschaft gibt eine höchst ungünstige Prognose.
2. Die Sterblichkeit der Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft an Larynxtuberkulose gelitten haben, ist eine ungemein große.
3. Mit Rücksicht auf Punkt 1. und 2. ist die Kehlkopftuberkulose im Prinzip als eine berechtigte Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen.
4. Diese ist bei Kehlkopftuberkulose nur dann zulässig, wenn sie nach Lage der Dinge die einzige Möglichkeit und dabei auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit für die Rettung der Mutter bietet.
5. Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Aussichten bei der Abtreibung der Frucht in den letzten Schwangerschaftsmonaten wenig günstig. In diesem Stadium dürfte die Tracheotomie, solange es sich nicht um hoffnungslose Fälle handelt, vielleicht noch einige Chancen bieten. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 29 und 30, 1905.) Weil.

Die Naseneiterung der Kinder und ihre Behandlung durch Saugen. Von Dr. R. Sondermann.

Die Naseneiterung ist bekanntlich bei Kindern eine nicht ganz unbedenkliche, bei Säuglingen sogar oft eine direkt lebensgefährliche Erkrankung. Man benützt verschiedene Mittel, um das Sekret zu entfernen und die Atmung, vor allem aber das Saugen, zu erleichtern; aber das Resultat der Therapie ist häufig nur gering. Vf. weist neuerdings auf die von ihm angegebene Saugmethode hin, bei welcher die Nase durch eine Maske nach außen luftdicht abgeschlossen und aus ihrem Innern mittels eines Saugers Luft abgesaugt wird, während man zugleich durch einen Schluckakt oder Aussprache eines i genügenden Luftabschluß der Nase nach dem Rachen herstellt. Bei ganz kleinen Kindern wird durch das Schreien derselbe Effekt erzielt. Hiedurch wird alles Sekret aus den verborgensten Buchten der Nasenhöhle hervorgesaugt, um entweder direkt nach außen befördert oder doch leicht ausgeschneuzt zu werden; auch gelingt es dabei, in erkrankten Nebenhöhlen befindliches Sekret anzusaugen (?? Ref.). Man nimmt die Prozedur täglich zwei- bis dreimal, bei sehr reichlicher Sekretion vier- bis fünfmal vor; Kinder über 5—6 Jahre erlernen oft schon selbst die Handhabung des Apparates. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1905.) Weil.

Die Behandlung des Schnupfens der Säuglinge und kleinen Kinder. Von Dr. Karl Vohsen.

Die wesentlichste Beschwerde des Schnupfenkranken besteht weniger in der starken Sekretion, als vielmehr in der Schwierigkeit, bei der Verschwellung der Nase das Sekret zu entleeren. Darum ist es bei Erwachsenen am besten, durch Einpinseln einer schwachen Kokain-Paranephrinlösung eine Abschwellung der Nasenschleimhaut hervorzurufen, die nach tüchtigem Ausschneuzen von einer sofortigen, oft stundenlangen Erleichterung gefolgt ist. Säuglinge aber können ja nicht schneuzen. Vf. läßt bei diesen daher durch einen Gummischlauch, dessen eines Ende in eine Nasenöffnung eingeführt wird, mit dem Munde oder einem Ballon das Sekret ausblasen, zuerst ohne die erwähnte vorherige Einpinselung und dann nach derselben von der engeren Nasenseite in die weitere. Vf. hat nebst zahlreichen anderen Aerzten seit vielen Jahren mit diesem Verfahren die besten Resultate erzielt. Besonders erfreulich ist es zu sehen, wie den Säuglingen dadurch das Trinken sofort erleichtert wird. Dabei kann man auch in diagnostischer Beziehung manches leisten, z. B. Sekret für bakteriologische Untersuchung verdächtiger Fälle gewinnen, unter Umständen auch Tumoren oder eine

einseitige Choanalatresie diagnostizieren u. s. w. Eine Schädigung der Ohren sah Vf. dabei niemals. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 40, 1905.) Weil.

Urologie.

Ueber Mißerfolge nach Operation der Wanderniere.

Die Mißerfolge nach Annähung einer Ren mobilis beruhen entweder auf einem Fehler in der Diagnose oder darauf, daß die Fixation wieder defekt wurde oder daß die Niere an falscher Stelle angenäht wurde. Für die erste Gruppe kommen die Fälle in Betracht, wo Beschwerden durch Gallensteine oder von Seiten des Appendix oder der Adnexe fälschlich auf eine Wanderniere gedeutet wurden. Im allgemeinen ist eine Wanderniere, die Beschwerden macht, auch druckempfindlich. Ist sie das nicht, so suche man nach einer anderen Ursache für die Erklärung der Schmerzen. Was die Technik der Operation anbelangt, so ist eine ausgedehnte Dekapsulation und eine gründliche und exakte Annähung möglichst hoch oben von größter Wichtigkeit. Zwei Fälle, bei denen die Beschwerden nach der Operation fortbestanden, wurden erneut operiert; die Fixation war nicht hoch genug angelegt und nach Reparierung dieses Irrtums sistierten die Beschwerden vollkommen. — (Journal des Practiciens Nr. 41, 1904.)
Lewisohn, Heidelberg.

Ueber Nierentuberkulose. Von Dr. J. Garland Sherrill in Louisville. (Nach einem am 13. Juli 1905 auf dem Kongreß der Medical Association zu Portland gehaltenen Vortrag.)

Man muß einseitige und doppelseitige Nierentuberkulose scharf auseinanderhalten, wegen der Verschiedenheit der Prognose. Der Tuberkelbazillus gelangt in die Niere entweder auf dem Blutwege oder von der Blase, Prostata etc. aus oder auch vom Darm, resp. dem Peritoneum, wenn diese tuberkulös affiziert sind. Gerade die Tuberkulose der Niere ist häufig eine Erkrankung des jugendlichen Alters. Meist erkrankt die Niere vor der Blase. — Aus der Symptomatologie ist hervorzuheben, daß die Krankheit meist schleichend beginnt, nur selten plötzlich, nämlich dann, wenn Blutkoagula den Ureter verstopfen. Häufiger Urindrang ist oft eins der ersten Symptome. Der Urin ist meist sauer, enthält Blut, Eiter, Albumin, Zylinder und Tuberkelbazillen. Die Untersuchung auf letztere ist oft sehr mühsam, im Notfall hilft, falls der Fall nicht zu dringlich ist, der Tierversuch. Casper fand Tuberkelbazillen in 80% seiner Fälle. Die Niere ist oft vergrößert, besonders bei perirenaler Entzündung. Die Tuberkulinreaktion weist zwar nur darauf hin, daß im Körper ein tuberkulöser Herd besteht, kann aber unter Umständen doch von großer Bedeutung sein. Sehr wichtig ist der Ureterenkatheterismus zum Nachweis des richtigen Funktionierens der zweiten Niere und zur Sicherung der Diagnose für die erkrankte Seite. Die Prognose ist im Anfang gut, besonders bei Nephrektomie; so hat z. B. Kroenlein nur eine Operationsmortalität von 5%. — (The medical News, Nr. 5, 1905.)
Lewisohn, Heidelberg.

Ein sehr einfaches Mittel, um in wenigen Minuten jeden Katheter zu sterilisieren. Von G. Ingianni.

Man nimmt ein Reagensglas, füllt es mit gesättigter Glaubersalzlösung, stülpt ein Gummirohr von 30 cm Länge, $1^1/_2$ cm Durchmesser darauf, schließt es mit einem durchbohrten Stopfen, der einen seitlichen Kanal trägt, bringt den Katheter herein und erhitzt das Reagensglas einige Minuten mit Hilfe eines Reagensglashalters. — (Gazz. degli osped., 1. Juni 1905.)
M. Kaufmann, Mannheim.

Behandlung der kindlichen Hydrokele mit Explorativpunktion und Massage. Von U. A. Betti.

Vf. hat eine Reihe von Fällen mit einmaliger Explorativpunktion, andere mit einfacher Massage (Reibungen von der Spitze zur Basis des Skrotums, zunächst zwei Minuten lang, dann langsam steigend), wieder andere mit einer Kombination beider Methoden behandelt. Mit der Punktion erzielte er einen positiven neben

zwei negativen Erfolgen, mit der Massage zwei positive und ebensoviele negative, mit der Kombination zwei positive und einen negativen. Das Resultat zeigt jedenfalls, daß man auch mit konservativen Methoden bei der Behandlung der Hydrokele gute Erfolge erzielen kann, wenn auch nicht in allen Fällen. — (Gazz. degli ospedali, 11. Juni 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgen-Strahlen. Von C. Carabelli und C. Luroschi.

In einer vorläufigen Mitteilung berichten die Vf. über günstige Erfolge der Röntgenbehandlung in zwei Fällen von Prostatahypertrophie, bei denen die subjektiven Beschwerden sich besserten, die Urinentleerung leichter, der Urin klar wurde; die erzielte Besserung war ein Jahr nach Abschluß der Behandlung noch vorhanden. Der erste Fall wurde in drei Monaten fünfzehnmal, je 3—7 Minuten, der zweite in zehn Tagen zehnmal je zehn Minuten bestrahlt. Belichtet wurde die Gegend von der Peniswurzel bis zum vorderen Rande der Analöffnung in einer Distanz von 20—25 cm unter Deckung des empfindlichen Skrotums. Nach Ansicht der Autoren wird die Behandlung besonders in den Initialstadien der Erkrankung in Betracht kommen, wenn es sich noch mehr um parenchymatöse Wucherung als um fibröse Umwandlung handelt.

M. Kaufmann, Mannheim.

Dermatologie.

Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten. Von Dr. M. Juliusberg.

Statt der üblichen Gemenge von Aethyl-Chlorid oder Methyl-Chlorid bedient sich Vf. der Kohlensäure, wobei die Frierung für sich allein in Anwendung kam oder noch von Aetzungen mit Acid hydrochlor. crud. gefolgt war. Es ergab sich hiebei, daß die Gefrierbehandlung hauptsächlich eine zerstörende, resp. ätzende Wirkung äußert, die bei der einfachen Gefrierung in einer oberflächlichen, bei der kombinierten Applikation in einer tiefer wirkenden Nekrotisierung der Gewebe gipfelt. Ob die starke, seröse Transsudation und Leukozytose einen Einfluß auf die kurativen Vorgänge nimmt, möchte Vf. nicht entscheiden. Um gute Erfolge zu erzielen, empfiehlt Vf. das superfizielle Verfahren vorzüglich beim Lupus erythematosus in Anwendung zu ziehen, den Lupus vulgaris hingegen, dem profunden Eingriff zu unterwerfen. (Berlin. klin. Wochenschr., Nr. 10, 1905.)

Ueber eine Anzeige der Vereisung wird hier nicht referiert, die in neuerer Zeit sich bereits eines größeren Anhanges erfreut, es ist die bei venerischen Papillomen. Nicht zu massig gewucherte Plaques des äußeren Genitales, wie etwa mit dem Sitze im Sulcus, an den großen Labien, können nach einmaliger Vereisung zu völliger Involution gebracht werden, wobei die basalen Papillenzüge meist so tief ausgerottet werden, daß Rezidiven nicht zustande kommen. Bei dem kleineren Eingriff mögen die nachbarlichen Hautbezirke unter dem Schutze einer Fettschichte gestellt oder mit Watte belegt werden.

Eine weitere Indikation der Vereisung hat E. Meyer (Med. Klinik, Nr. 9, 1905) namhaft gemacht, der den Chloräthylspray auch gegen die Sycosis parasitaria richtet und zweimal wöchentlich die Prozedur vornimmt. Bei Nacht Sublimatkompressen.

N.

Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen. Von Dr. St. Weidenfeld und L. v. Zumbusch.

Für die allgemeine Praxis resultieren aus den weitläufigen Untersuchungen der Vf. einige wichtige Anhaltspunkte, welche zum Teil bereits vertretene Ansichten bekräftigen, vielfach aber auch neue, bisher nicht beleuchtete Umstände der eingehenden Beachtung erschließen.

Als Haupterfahrung ergibt sich, daß der Tod nach Verbrennung der Haut zeitlich nach bestimmten Verhältnissen zur Ausdehnung der verbrannten Körperfläche einzutreten pflegt. Und zwar wird der letale Ausgang durch Wirkung der aus der verbrannten Haut resorbierten Gifte herbeigeführt. Die Prognose richtet sich erstens nach der Ausdehnung, zweitens nach dem

Grad der Verbrennung, drittens nach dem Alter des Patienten, viertens nach der Konstitution desselben; außerdem sind zufällige Komplikationen in Betracht zu ziehen. Bei kleinen Verbrennungen unter ein Zwölftel der Oberfläche ist jede Therapie gleichwertig. Bei Verbrennungen unter ein Siebentel der Körperoberfläche genügen als lebensrettend Infusionen, insoferne keine ominösen Symptome (Erbrechen, Nausea, Singultus, Somnolenz) eintreten. Wenn weniger als ein Drittel verbrannt ist, besteht die größte Wahrscheinlichkeit, den Kranken am Leben zu erhalten, durch sofortige Abtragung der Schorfe und Infusionen. Bei Verbrennungen unter der Hälfte ist bei Anwendung der gleichen Methode ebenfalls noch Aussicht vorhanden, das Leben des Patienten zu retten, sicher wird es bedeutend verlängert. Wenn mehr als die Hälfte drittgradig verbrannt ist, gestaltet sich die Prognose nach jeder Richtung hin als schlechte. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 76, H. 1 u. 2.) N.

Zur Therapie mit Finsenlicht und Röntgen-Strahlen.

Unter den Veränderungen der Haut sind es die Epitheliome und der Lupus, welche nach wie vor den Anhängern der Radiotherapie in ihren verschiedenen Zweigen sowie den Vertretern anderer Behandlungsmethoden das Material für die Diskussionen pro und contra liefern. So ist E. Lessers (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4, 1905) Verherrlichung der Methode Finsens, die er in einem in der Berliner medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag als den größten und wichtigsten Fortschritt bezeichnet, welchen die Lupusbehandlung bis jetzt erfahren hat, nicht ohne heftigen Widerspruch geblieben. Liebreich tritt mit erneuertem Eifer für seine Cantharidinbehandlung ein, Levy-Dorn lenkt die Aufmerksamkeit auf den schon viel erprobten Apparat von Maric hin, während Holländer sich nicht die Gelegenheit entgehen ließ, für die Heißluftkauterisation den ihr gebührenden Rang einzufordern. Bei dieser Gelegenheit hatte sich auch das nur mehr als Diagnostikum gewürdigte Alt-Tuberkulin der wärmsten Fürsprache zu erfreuen, indem Blaschko mit der ihm eigenen Eindringlichkeit und Ueberzeugungskraft den im Stiche gelassenen Behelf zu neuem Ansehen brachte, wobei ihm Senator und Guttmann bestens zur Seite standen.

Lessers Enthusiasmus findet in den Erfahrungen Proskurgakofs (S. Ph. Journ. russe de mal. cut. Bd. VIII) einen nur sehr gedämpften Widerhall, den 20 in 8 Monaten nach Finsen behandelte Lupusfälle nicht mehr zu behaupten gestatten, als daß mit der Bogenlichtbehandlung eine Heilung des Lupus möglich ist und die Methode in kosmetischer Beziehung die schönsten Narben gibt, selbst dann noch, wenn vorher ein Auskratzen oder Paquelinisieren der Herde vorangegangen war. Durch eine sorgfältig gewählte Aufstellung des Kompressors könne man auch eine Verkürzung der Sitzung von einer Stunde auf eine halbe erreichen, ohne Beeinträchtigung des Erfolges. Die sich als bullöse Oberhautabhebung zeigende Reaktion nimmt P. als günstiges Zeichen hin. Der Hauptfehler der Behandlung: die Unmöglichkeit, Kranke mit multiplen und ausgedehnten Plaques in den Heilplan einzubeziehen, wird auch von dieser Seite mit großem Bedauern festgestellt.

Was das Karzinom betrifft, so konvergieren die Ansichten immer mehr dahin, daß die Röntgen-Strahlen als das Agens der höheren Wirksamkeit anzusprechen sei. Einer ungemein aufrichtigen Fassion der Erfolge begegnen wir in einem Berichte der Breslauer chirurgischen Klinik. In diesem referiert O. Fittig (Bruns, Beitr. z. klin. Chir., Bd. 42, H. 2, 1905) über 37 Karzinomfälle, von welchen 18 die Haut, 2 die Mundhöhle, 1 die Halsdrüsen und 5 den Oesophagus betrafen. Von den Hautkarzinomen sind 12 zu einer vorläufig völligen Genesung geführt worden in dem Sinne, daß vom Karzinom nichts mehr zu sehen und zu fühlen und auch vollständige Vernarbung eingetreten war. Von diesen 12 traten bei dreien sehr bald Rezidive ein; von zweien fehlt jede Kontrollierung; von

mehreren war die Beobachtungsdauer zu kurz. Es blieben vorderhand nur drei Fälle, für die Fittig auf Grund eigener Nachprüfung völlige und dauernde Heilung beanspruchen zu können glaubt. Die flachen und wenig tiefen, breit ulzerierten Formen des Ulcus rodens gingen unter der Bestrahlung rascher zurück als die in der Regel erhabeneren und tiefer greifenden, meist weniger ulzerierten Kankroide. Zur Erklärung des Umstandes wird die verschiedene Vitalität der Zellen herangezogen. Die Bestrahlungsversuche der Neubildungen tieferer Organe sind ausnahmslos unzureichend geblieben. Nach diesen Ergebnissen hält Fittig die Bestrahlung bei Ulcus rodens und Kankroiden ohne Mitbeteiligung der Lymphdrüsen dem operativen Vorgehen gleichwertig. N.

Doppelkohlensaures Natron bei Hämorrhagien. Von Percy M. Dawson.

Vf. studierte an Hunden die kardiovaskuläre Wirkung endovenöser Injektionen von doppelkohlensaurem Natron nach schweren Blutungen und fand, daß die Blutdruckerhöhung, die nach Kochsalzinfusionen auftritt, durch Beimischung von doppelkohlensaurem Natron beträchtlicher wird. Er ist der Ansicht, daß in manchen sehr schweren Fällen von Hämorrhagien mit starker Chokwirkung, in denen also eine direkt stimulierende Wirkung auf das Herz erwünscht ist, die Hinzufügung von 0·5 bis 1% Natr. bicarb. zu der 0·8% ClNa-Lösung am Platze ist. — (Journ. of exper. Med. Vol. VII, pag. 1, 1905.

M. Kaufmann, Mannheim.

Kinderheilkunde.

Das oxydierende Ferment der Milch bei der Frau. Seine Reaktion auf Paraphenylendiamin. Von Maurice Binet.

Vf. hat zu der möglichst aseptisch gewonnenen Frauenmilch Wasserstoffsuperoxyd und Paraphenylendiamin (genaue Probeanordnung im Original nachzulesen) zugesetzt und hiebei eine Farbenreaktion erzielt, welche ziegelrot oder blau bis lila war. Die Beobachtung dieser Reaktion bei 38 Frauen hat die interessante Tatsache ergeben, daß bei gesunden Frauen das oxydierende Milchferment eine blaue Färbung als Reaktion hervorruft, bei kranken Frauen eine ziegelrote. Vf. erblickt hierin ein wichtiges Hilfsmittel zur Beurteilung einer Amme, resp. zur Entscheidung über eventuelle künstliche Säuglingsernährung. — Thèse de Lyon, 1904.) R., München.

Ueber Haut- und Schleimhauttuberkulose durch Inokulation und Autoinfektion. Von Dr. Ernst Spitzer. (Aus der III. med. Abteilung des k. k. allgem. Wiener Krankenhauses.)

Vf. bespricht verschiedene Formen und Möglichkeiten primärer Tuberkulose der Haut und Schleimhäute, ferner sekundärer Affektionen, welche entweder durch Inokulation oder auf hämatogenem, bezw. lymphogenem Wege zustande kommen. Im Anschlusse und zur Illustrierung wird folgender interessanter Fall erwähnt, daß bei einem Phthisiker, der sich bei einem epileptischen Anfall einen Zungenbiß zuzog, diese Bißwunden sich zu tuberkulösen Geschwüren entwickelten, offenbar durch tuberkulöses Sputum infiziert.

R., München.

Wie sollen Säuglinge künstlich ernährt werden? Von Dr. E. Fürth.

Diese schwierigste Frage der ganzen Kinderheilkunde ist für den Verfasser bereits gelöst. Auf Grund eines allerdings glänzenden Erfolges bei seinem eigenen, durch fortwährende Darmstörungen aufs äußerste heruntergekommenen Kinde, bei dem er in sieben Wochen eine Zunahme von 2310 g erzielte, und vier weiterer guter Erfolge bei anderen Kindern seiner Klientel, kommt Vf. dazu, Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung als den vielgesuchten Ersatz der fehlenden Mutterbrust zu erklären. Daß die Kindernahrung bei seinen Fällen von Brechdurchfall weniger gute Erfahrungen brachte, erklärt Vf. damit, daß die Kinder zumeist zu spät in seine Behandlung kamen.

Und so verkündet der Vf. zum Schlusse seiner Ausführungen: „Bei peinlichster Beobachtung aller für die Kinderpflege

bestehenden Normen muß es gelingen, mit Dr. Theinhardts löslicher Kindernahrung auch diejenigen Säuglinge, welche auf die künstliche Ernährung angewiesen sind, über die Fährnisse des ersten Lebensjahres hinüberzubringen.“

Ref. ist weit davon entfernt, die in vielen Fällen bewährte Theinhardt'sche Kindernahrung diskreditieren zu wollen, im Gegenteil, nach eigenen Erfahrungen an dem großen Säuglingsmaterial seines Ambulatoriums gibt er gerne zu, daß dieselbe unter den gangbaren Kindermehlen einen hervorragenden Platz einnimmt und diese Stellung war ihr bereits zuerkannt, ehe Vf. seinen Panegyrikus schrieb. Aber dagegen muß Ref. entschieden Verwahrung einlegen, daß auf Grund nicht eines halben Tausend, nein, eines halben Dutzend eigener Beobachtungen Fragen von solch einschneidender wissenschaftlicher und praktischer Bedeutung apodiktisch entschieden werden. Solche Publikationen können, zumal wenn sie in einem wissenschaftlichen Mäntelchen erscheinen, wie die des Vfs., nur unheilvoll wirken, indem weniger kritische Leser sich dadurch verleiten lassen, nicht energisch genug auf die natürliche Ernährung hinzuwirken und in ratlose Verzweiflung geraten, wenn sie mit der unfehlbar gehaltenen Methode nicht zum Ziele kommen. — (Med. Klinik, Nr. 26, 1905.)

Fromm, München.

II. Diagnostik.

a) Nase und Kehlkopf.

Zur Diagnose der Neubildungen der Kieferhöhle. Von Prof. Dr. O. Chiari.

In einem Falle von linksseitigem Nasenbluten, wo in der Nase eine Quelle der Blutung nicht zu sehen war, dagegen die Durchleuchtung vom Mund aus die linke Wange dunkler zeigte, kam bei der wiederholten Probeausspülung des Antrum vom Ostrium maxillare aus kein Eiter, sondern blutige Flüssigkeit und nachher noch ziemlich viel reines Blut. Daraus diagnostizierte Vf. das Vorhandensein eines gefäßreichen Tumors in der linken Kieferhöhle, ohne daß die Kardinalsymptome der Tumoren, Schmerzen und Ausdehnung der Wange, vorhanden gewesen wären und die Operation von der Fossa canina aus bestätigte die Diagnose. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 39, 1905.) Weil.

Zwei Fälle von primärem Larynxerysipel. Von Dr. L. Blum.

Daß bei Gesichtsrotlauf die Entzündung auch in den Pharynx und Larynx wandern kann, ist bekannt, und diese Komplikation wird auch leicht diagnostiziert; schwierig zu erkennen und selbst von manchen Seiten noch bestritten, ist das primäre Larynxerysipel, das von Massei zuerst besonders studiert wurde. Akut einsetzende, fieberhafte Erkrankung des Larynx mit Rötung und Schwellung der Schleimhaut, namentlich am Kehlkopfeingange, dadurch bedingte Larynxstenose, hohes Fieber mit Remissionen, starke Schmerzhaftigkeit der Schildknorpelgegend, erhebliche Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit der benachbarten Lymphdrüsen, keine oder nur geringe Beteiligung des Pharynx, häufig auch rasches Verschwinden der Erscheinungen sind die Anhaltspunkte für die Diagnose, die pathologisch-anatomisch und bakteriologisch wegen der Schwierigkeit der Abgrenzung gegen die Phlegmone des Larynx kaum gestützt werden kann; dagegen wird sie durch anschließendes Auftreten von Gesichtserysipel natürlich gesichert. Vf. schildert zwei solche Fälle, die zuerst auf Diphtherie verdächtig waren und mit Genesung endigten. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36, 1905.) Weil.

b) Herz.

Ueber Schwankungen der Pulsfrequenz bei verschiedenen Körperstellungen und nach körperlichen Anstrengungen. Von W. Jossilewsky.

Die interessante Arbeit des Vf. (die derselbe übrigens vorher schon als Dissertation hat erscheinen lassen. Ref.) hat er-



geben, daß fast alle Untersuchten Differenzen zwischen der Pulsfrequenz im Stehen und im Liegen zeigten, wobei sich diese Pulsfrequenz im Liegen konstanter erwies als im Stehen und auch höher sein kann, als diese, selbst bei Kranken, die kein vitium cordis haben. Diese Fälle scheinen jedoch äußerst selten vorzukommen. Das psychische Wesen, sei es in Form einer Depression (Hemmung) oder starker Labilität, kann sich bei funktionell Erkrankten in der Pulsfrequenz ausdrücken. Psychische Momente, wie Schreck, plötzliche Erregung u. s. w., rufen eine Beschleunigung des Pulses hervor. Ebenso bewirkt jede Muskelanstrengung eine Erhöhung der Pulsfrequenz, die gleich nach dem Aufhören der Anstrengung sukzessiv abnimmt. Diese Abnahme vollzieht sich nach relativ geringer Anstrengung (sechsmaligem Klettern) schon im Verlauf von einer Minute. Ist dies nicht der Fall, so handelt es sich um einen starken Erschöpfungszustand. Nach einer Muskelanstrengung tritt im Liegen zunächst Verlangsamung, und erst nach etwa zwei Minuten eine normale Pulsfrequenz ein. Besondere Phänomene, die durch die Tätigkeit einzelner Muskelgruppen hervorgerufen werden, als charakteristisch für diese oder jene Neurose, konnte Vf. nicht feststellen. — (Med. Klinik, Nr. 37, 1905.) F. L.

Ueber die Stokes-Adams'sche Krankheit.
Von Franz Gudowitsch.

Wenn man alles, was über die Aetiologie und pathologische Anatomie der Stokes-Adams'schen Krankheit gesagt wird, zusammenfassend betrachtet, so ist es unverkennbar, daß eine einheitliche und unmittelbare Ursache für diese Krankheit noch nicht aufgefunden worden ist. Es läßt sich nur so viel sagen, daß Schädlichkeiten verschiedener Art und Herkunft, welche das Herz oder den Vagus und seine Zentren (Medulla oblongata) betreffen, unter Einwirkung besonderer Verhältnisse die Stokes-Adams'schen Symptome hervorrufen können.

Im allgemeinen unterscheidet man nach ihrem Ursprung zwei Formen von Bradykardie bei der Stokes-Adams'schen Krankheit: die kardiogene, durch verschiedene Erkrankungen des Herzens hervorgerufene und die neurogene, durch Reizung des Vagus bedingte Bradykardie.

Zur Entscheidung, ob es sich um eine kardiogene oder neurogene Bradykardie handelt, sind von Dehio die Atropininjektionen vorgeschlagen. Das Atropin hat bekanntlich die Eigenschaft, schon in kleinen Dosen die hemmenden Endapparate des Nervus vagus zu lähmen, wird also durch Atropin die Schlagzahl des Herzens vermehrt, so kann man annehmen, daß die Bradykardie durch eine Reizung des Vagus bedingt ist.

Für die Anfälle von Bewußtseinsstörung mit epileptiformen, beziehungsweise apoplektischen Erscheinungen findet man die Erklärung in der Anämie des Gehirns. In Uebereinstimmung mit dieser Annahme steht die experimentell gefundene Tatsache, daß, wie bekannt, nach Unterbindung der Karotiden, bezw. der Vertebralarterien, Konvulsionen entstehen.

Für die Erklärung der eigentlichen Anfälle von äußerster Pulsverlangsamung nimmt man an, daß die Medulla oblongata durch mangelhafte Blutversorgung periodisch gereizt wird. Die Oblongata wirkt wieder auf dem Wege des Vagus auf das Herz, wodurch die etwa schon bestehende Bradykardie noch weiter vermehrt wird.

Was die Ursache der Anämie im Gehirn und verlängerten Mark anbetrifft, so kann sie entweder durch Herzschwäche, durch Arteriosklerose der Hirn- und Medullagefäße oder durch Vasomotorenkrampf bedingt sein. Die Diagnose der Stokes-Adams'schen Krankheit stützt sich auf die beiden charakteristischen Kardinalsymptome: dauernde oder anfallsweise auftretende Verlangsamung des Pulses und die zerebralen Anfälle (Ohnmacht, Bewußtlosigkeit etc.) Die Pulsverlangsamung kann einer wirklichen oder scheinbaren Bradykardie entsprechen. Das Hauptgewicht liegt in der

Verlangsamung des Pulses an der Radialis und in der Kombination dieser Pulsverlangsamung mit den zerebralen Anfällen. Weder die Herabsetzung des Pulses für sich allein, noch die Anfälle ohne Pulsverlangsamung sind für eine Diagnose der Stokes-Adamsschen Krankheit ausreichend.

Der Verlauf der Stokes-Adams'schen Krankheit gestaltet sich verschiedenartig. Es gibt Fälle, wo die Krankheit mit zeitweiligen Exazerbationen und Remissionen sich auf Wochen, Monate, Jahre, ja selbst Jahrzehnte hinauszieht. Neben diesen subchronischen und chronischen Fällen stehen wiederum Fälle, bei welchen die Erkrankung einen sehr akuten Verlauf nimmt, sich auf Stunden und wenige Tage erstreckt.

Die Prognose ist ungünstig. Der plötzliche Tod ist das gewöhnliche Ende; vielfach tritt der Tod unter Häufung der Anfälle während eines solchen ein. Nur bei jugendlichen Personen wurde Heilung beobachtet.

Die Therapie richtet sich nach der Grundkrankheit und fällt in vielen Fällen mit der Behandlung der Arteriosklerose und der Herzkrankheiten zusammen. Bei nachweisbarer Syphilis ist die spezifische Behandlung indiziert. Gegen die Anfälle selbst sind Aether, Kampfer und andere Exzitantien empfohlen worden. — (Dissertation, Berlin, 1905.) F. L.

c) Lunge.

Zur Differentialdiagnose zwischen Exsudat und Transsudat. Von E. Tedeschi.

Mit großem Eifer bemühen sich italienische Autoren, durchgreifende Unterschiede zwischen Exsudat und Transsudat zu finden. Haben die Untersuchungen des Vfs. das Ziel auch nicht erreicht, so sind sie doch interessant genug, um hier erwähnt zu werden. Vf. glaubte, in der Präzipitinreaktion ein Mittel zur Differentialdiagnose finden zu können. Er verschaffte sich auf die gewöhnliche Weise von Kaninchen ein Serum, das Eieralbumin noch 1:100.000 zu fällen vermochte. Er verfütterte dann den betreffenden Patienten 4—5 rohe Eier, und wenn im Blut die Präzipitinreaktion deutlich war (blieb sie aus, so griff er zur subkutanen Injektion von 15 cm³ Eieralbumin), stellte er sie auch in der betreffenden pathologischen Flüssigkeit an. Dabei ergab sich im allgemeinen (im ganzen liegen 28 Beobachtungen vor), daß die Reaktion in Transsudaten vorhanden war, in Exsudaten fehlte: aber leider war der Unterschied nicht durchgreifend; besonders gern war in frischen, sich eben erst entwickelnden Exsudaten eine positive Reaktion festzustellen. Die Ursache des verschiedenen Verhaltens der Exsudate und Transsudate sieht Vf. darin, daß die Abscheidung der Exsudate mehr ein Sekretionsvorgang, das Entstehen eines Transsudats mehr ein physikalischer Vorgang ist, bei dem neben dem arteigenen leichter auch artfremdes Eiweiß das Filter passieren könne. — (Gazz. degli osped., 23. Juli 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber zwei durch Lungenpunktion diagnostizierte Fälle von tuberkulöser Pneumonie. Von C. P. Goggia.

Der aus der Maragliano'schen Klinik stammende Bericht ist zwar nicht von großer praktischer Bedeutung, nichtsdestoweniger aber sehr interessant. Im ersten Falle handelte es sich um eine langsam entstandene Infiltration, bei der die Injektion von Maraglianos Serum gar keinen Einfluß auf die Temperatur hatte, und bei der die Lungenpunktion (7. Interkostalraum in der Linie des Angulus scapulae) zahlreiche Tuberkelbazillen, daneben hochvirulente Diplokokken ergab; endoperitoneale Inokulation von Kulturen der letzteren tötete Kaninchen innerhalb 42 Stunden; im Blut waren diese Diplokokken erst kurz vor dem Tode nachzuweisen; die daraus isolierten Kokken töteten ein Kaninchen erst in fünf Tagen. Im zweiten Falle lag eine typische Pleuropneumonie vor, von der sich der Patient durchaus nicht erholen konnte; das Maragliano'sche Serum wirkte hier sehr deutlich auf das Fieber ein, während im Sputum niemals Tuberkelbazillen nachweisbar waren. Die Punktionsspritze

(8. Interkostalraum, sonst wie in Fall 1) drang durch sehr verdicktes und festes Gewebe 8 cm tief in einen Hohlraum und saugte dort 2 cm^3 einer schleimigen Flüssigkeit auf, die neben spärlichen Kettenkokken sehr zahlreiche Tuberkelbazillen enthielt. Die Lungenpunktion konnte also die sonst nicht sicher zu stellende Diagnose einer tuberkulösen Affektion sichern, während sie im ersteren Falle zusammen mit der bakteriologischen Blutuntersuchung die Tatsache zutage förderte, daß der Patient nicht seiner Tuberkulose, sondern einer Pneumokokkensepsis erlag. — (La Clinica Med. Ital., März 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

d) Magen.

Die Diagnose des Magenkarzinoms mittels der „Präzipitine“. Von D. Maragliano.

In früheren (in der Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27, 1904, publizierten) Untersuchungen hatte Vf. gefunden, daß man durch Injektion karzinomatösen Magensaftes von Kaninchen ein Serum erhält, das von karzinomatösem Magensaft, nicht aber von anderen Magensäften gefüllt wird. Zu weiteren Versuchen verwendete Vf. Krebssaft, der aus dem After eines kolostomierten Patienten mit Rektumkarzinom abfloß. Nach vier Injektionen von je 10 cm^3 erhielt er ein Serum, das von einer Lösung des Krebssaftes gefällt wurde, nicht aber vom Blutserum des betreffenden Patienten. Dieses Ergebnis beweist die Unrichtigkeit der Ansicht, daß man mit der Präzipitinreaktion nur das Eiweiß verschiedener Spezies, nicht aber verschiedene Eiweißarten desselben Individuums unterscheiden kann. — Als Vf. nun das Serum des immunisierten Kaninchens mit dem Magensafte eines Magenkarzinomkranken mischte, entstand binnen wenigen Minuten ein sehr starkes Präzipitat — aber bei zwei anderen Magenkarzinomkranken fiel derselbe Versuch negativ aus. Praktische Bedeutung kommt also derartigen Versuchen bis jetzt nicht zu, immerhin zeigen sie einen gangbaren Weg, auf dem man vielleicht zum Ziele — der Frühdiagnose des Magenkarzinoms — kommen kann. — (Gazz. degli osped., 13. August 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

e) Niere.

Ueber orthostatische Albuminurie. Von A. Guiblain.

Es gibt eine Form der intermittierenden Albuminurie, welche ausschließlich durch aufrechte Stellung zustande kommt; nur die vertikale Stellung und nicht etwa die durch Stehen hervorgerufene Ermüdung bringt diese Form der Albuminurie hervor, denn sie erfolgt schon in den ersten Minuten des Aufrechtstehens vor jeder Ermüdung und auch dann, wenn das betreffende Individuum künstlich in aufrechte Stellung gebracht wird. Befindet es sich in horizontaler Lage, so ist auch eine anstrengende und ermüdende Muskelarbeit außerstande, diese Albuminurie zu veranlassen. Ebenso ist der Ernährung und Verdauung jeder Einfluß abzusprechen bei dieser Form von Eiweißausscheidung, welche im allgemeinen von leichten Störungen begleitet ist, wie sie gewöhnlich im Verlauf renaler Affektionen sich einstellen: Lendenschmerz, Kopfschmerz, Oedeme an den Knöcheln oder Augenlidern; diese Störungen sind der Albuminurie durchaus parallel und treten eben auch nur beim Stehen auf. Das meist in recht beträchtlichen Quantitäten ausgeschiedene Eiweiß ist Serumalbumin. Gewöhnlich werden nur jugendliche Individuen befallen entweder im Verlauf einer infektiösen Nephritis, z. B. nach Scharlach oder die Albuminurie tritt bei völligem Wohlbefinden auf bei „neuro-arthritisch“ belasteten, nicht nephritischen jungen Leuten. Nach der Meinung des Vf. haben die Autoren nicht recht, welche beide Formen streng scheiden und die zweite für eine hepatische, nervöse oder mit der Pubertät in Zusammenhang stehende betrachten, er ist vielmehr der Anschauung, daß zwischen beiden Formen klinisch ein völliger Zusammenhang besteht: meist sei es leicht, bei der zweiten Form eine überstandene Infektion nachzuweisen, die ihren Einfluß auf die Niere ausgeübt habe. In beiden Formen sind die

Symptome die gleichen. Vf. hält es für wahrscheinlich, daß die beim Stehen eintretende leichte Senkung zu einer Drehung des Nierenhalses, einer Behinderung der Zirkulation und damit einer Verlangsamung des Blutstromes in den Glomerulusgefäßen führt. Analog wären die bei Ren mobilis zu beobachtenden Albuminurien zu erklären unb als Stütze der ersteren Anschauung zu verwerten.

Die Therapie dieser intermittierenden orthostatischen Albuminurie, welche Vf. für die häufigste der intermittierenden Eiweißausscheidungen hält, ist durchaus verschieden von der einer Nephritis: Milchdiät und salzarme Kost sind hier nicht am Platze, auch wäre es verkehrt, solche Individuen zu absoluter Ruhe zu verdammen, um die Albuminurie zum Schwinden zu bringen.

Nicht die Albuminurie an sich erklärt Vf. für das gefährliche bei dieser Affektion, sondern er rät, das Hauptaugenmerk darauf zu richten, daß diese Albuminurie immerhin ein Zeichen einer leichten nephritischen Erkrankung sei, die sich jederzeit in eine ausgesprochene Brightsche Krankheit verwandeln könne. — (Thèse de Paris, Nr. 118, 1903, 206 S.)

F. L.

Ueber Albuminurie bei Schwangeren und Gebärenden. Von Harmina Edenhuizen.

Die in der Schwangerschaft an ein und demselben Individuum beobachtete Albuminurie wechselt sehr in ihrem Auftreten. In den letzten zwei Wochen der Schwangerschaft scheint die Häufigkeit der Albuminurie zuzunehmen, eine Mengenzunahme des ausgeschiedenen Eiweißes ist aber nicht zu konstatieren. Im Geburtsharn zeigte sich bei allen untersuchten Fällen Eiweiß, auch da, wo zur Zeit der Gravidität keines vorhanden war. Die Menge des im Geburtsharn nachgewiesenen Albumins überstieg in allen Fällen die des im Schwangerschaftsharn gefundenen. In dem nach Beendigung der Austreibungsperiode katheterisierten Urin war die Eiweißmenge größer als in dem am Ende der Eröffnungsperiode entnommenen. Nach Beendigung der Geburt verschwand die Albuminurie in allerkürzester Zeit in allen den Fällen, wo zur Zeit der Gravidität keine größeren Eiweißmengen regelmäßig ausgeschieden wurden. Während — auf den Durchschnitt berechnet — die Eiweißmenge des zuletzt katheterisierten Urins bei Erst- und Mehrgebärenden fast gleich groß war, enthielt der nach der Austreibungsperiode entnommene Harn bei Erstgebärenden fast um die Hälfte mehr. Das zur Hauptsache aus der Austreibungsperiode stammende Geburtseiweiß scheint eine Folge der Muskeltätigkeit zu sein, bei welcher Annahme sich die größeren Eiweißmengen im Harn Erstgebärender durch den größeren Kraftverbrauch bei Austreibung der Frucht erklären ließen. Die Geburtsalbuminurie ist ein fast regelmäßig beobachteter Vorgang, zu dem bei den einzelnen Individuen eine verschieden große Disposition vorzuliegen scheint. Bedeutend häufiger als im Schwangerschaftsharn wurden im Geburtsurin Zylinder beobachtet, was aber nicht gegen eine sogenannte physiologische Albuminurie spricht. Ein kausaler Zusammenhang zwischen der Geburtsalbuminurie und der Eklampsie muß bestritten werden, weil erstere gegenüber der doch recht seltenen Eklampsie ein fast regelmäßig beobachteter Vorgang ist, der in gleicher Weise bei Eklamptischen wie bei normal Gebärenden auftritt und weil anderseits ja auch Eklampsien bei intakten Nieren vorkommen. — (Diss., Bonn 1903.) F. L.

Die Bedeutung der Zystoskopie und des Ureterenkatheterismus für die Diagnostik chirurgischer Nieren- und Ureteraffektionen. Von Dr. F. T. Brown in New-York.

Die Zystoskopie ist im Laufe weniger Jahre ein unentbehrliches Hilfsmittel zur Erkennung der so verschiedenartigen Nieren-, Ureter- und Blasenerkrankungen geworden. Schon die Betrachtung der Uretermündung gibt oft Anhaltspunkte für die Beurteilung der speziellen Affektion. So spricht z. B. ein geschwüriger, mit kleinen narbigen Einziehungen versehener Prozeß an der Uretermündung für Tuberkulose und weist damit auf Tuberculosis renis hin. Auch Neoplasmen sind oft leicht zu erkennen. Bei der Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasen-

blutung liefert die Zystoskopie oft die einzige Entscheidungsmöglichkeit. Vf. geht dann noch auf die Bedeutung des Ureterenkatheterismus und der separaten Urinuntersuchung ein und bringt am Schluß Auszüge aus den Krankengeschichten einiger einschlägiger Fälle. — (Medical News, Nr. 10, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Die Bedeutung der Röntgen-Strahlen für die Erkennung von Nierensteinen. Von L. G. Cole in New-York.

Vf. weist auf die Fortschritte hin, die mittels der Röntgenographie in der Diagnostik der Nierensteine gemacht worden sind, besonders seit Einführung der Kompressionsblende. Unter 179 einschlägigen Fällen hat er nur einmal einen vorhandenen Stein nicht dargestellt und zweimal insofern eine Fehldiagnose gemacht, als er fälschlicherweise eine Steinerkrankung auf Grund des Röntgen-Bildes annahm. — (Medical News, Nr. 10, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

f) Männliches Genitale.

Eine primäre, nicht gonorrhoische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabazillen. Von P. Cohn.

Ein 20jähriger Schlosser wird mit einer Gonorrhoe, die ungefähr seit $2^1/_2$ Wochen andauerte, aufgenommen. Bei der Untersuchung zeigte sich glasig-schleimiges Sekret von zäher Beschaffenheit, das also dem gewöhnlichen Trippersekrete nicht entsprach. Mikroskopisch ergab sich das Fehlen von Gonokokken, vorhanden waren Stäbchen, Kokken und große Bakterien. Auch spätere Untersuchungen ließen nie Gonokokken finden; einige Tage nach der Aufnahme trat eine linksseitige epididymitische Reizung und drei Wochen später auch zystitische Beschwerden auf. Inzwischen war durch Untersuchung im königlichen Institut für experimentelle Therapie festgestellt worden, daß neben einigen Kokkenkolonien sich reichlich solche eines plumpen Kapselbazillus fanden; außerdem aber waren auf Taubenblutagar glashelle Kolonien aufgegangen, die sich bei Reinkultur als Influenzabazillen entpuppten.

Trotz fast zweimonatlichen Aufenthaltes des Patienten im Krankenhause ließ sich eine Aenderung im Befinden, abgesehen vom Rückgang der epididymitischen und zystitischen Erscheinungen, nicht erzielen.

Der Influenzabazillus ist als Eitererreger auf Schleimhäuten des Menschen genug bekannt; warum sollte er nicht einmal auch auf der Urethra das gleiche bewirken können! Allerdings ist auch der erwähnte Kapselbazillus zu berücksichtigen, der ja als Erreger von Zystitis bereits beschrieben sei. Immerhin sei es auffallend, daß die Influenzabazillen sich besonders reichlich vorfinden und daß kurze Zeit später wirklich eine Influenzaepidemie in der Stadt auftrat. Vielleicht möchte es jetzt, nachdem diese Umstände bekannt seien, zur Zeit einer Influenzaepidemie wiederholt gelingen, eine bisher als Gonorrhoe oder nicht gonorrhoische Urethritis angenommene Harnröhrenerkrankung als durch den Influenzabazillus bedingt zu erkennen. In diesem Sinne sucht der Autor auch noch einen durch Goldberg publizierten Fall von Zystitis, der einer siebenmonatlichen Behandlung trotzte, dann aber während einer Influenzaerkrankung spontan abheilte, zu erklären. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29, 1905.)

D.

Die diagnostische Hodenpunktion. Von C. Posner.

Der Vorschlag der Hodenpunktion zu diagnostischen Zwecken, insbesondere in Rücksicht auf die operative Behebung der Folgen der Epididymitis, wurde vom Autor im Verein mit J. Cohn bereits im Vorjahre gemacht und damals auch in diesen Blättern referiert. Diesmal handelt es sich dem Autor überhaupt bloß um die diagnostische Seite der Frage.

A priori könnte man annehmen, daß die Keimdrüsen, sobald ihre Ausführungsgänge jahrelang verlegt bleiben, infolge von Inaktivitätsatrophie zugrunde gehen; dem ist aber nicht so, da die Produktion des Spermas im Hoden nicht etwa in eine Linie zu stellen ist mit der Tätigkeit anderer Drüsen, deren Sekreten eine sofortige bestimmte Funktion

zufällt. Es sei ganz gleichgiltig, ob das Sperma zu einem befruchtenden Beischlaf verwendet werde oder nicht, auch bei völliger Abstinenz stocke die Spermaproduktion nicht. So gehe auch die Produktion der Samenfäden ihren Gang weiter, unbekümmert, ob diese durch die Ausführungsgänge das Organ verlassen oder nicht. Dazu ist allerdings die Annahme notwendig, daß schon in der Norm dauernd Zerfalls- und Resorptionsvorgänge sich abspielen und daß auch in der Norm keineswegs alle neugebildeten Spermien in fertige Samenfäden verwandelt und ausgestoßen werden. Ja, der Autor schiebt dieser Resorption als physiologischem Vorgang große Bedeutung und eine wichtige Rolle zu, die in den Beobachtungen Brown-Séquards und in den zahlreichen praktischen Erfahrungen mit dem Sperminum Poehl ihre Bestätigung fänden.

Die diagnostische Hodenpunktion soll nun die Frage entscheiden, ob die Hoden ihre Funktion noch erfüllen oder nicht. Sie wird mit der Pravatz-Spritze ausgeführt und ist unter antiseptischen Kautelen ein vollkommen gefahrloser und kaum schmerzhafter Eingriff. Die mikroskopische Untersuchung des auf diese Weise meist in geringster Menge gewonnenen, eben zur Herstellung des Präparats reichenden Hodensaftes (bei größerer Menge aspirierten Saftes ist immer Verdacht auf Hydrokele oder zystische Erweiterung der Samenkanälchen gerechtfertigt) ergibt rote Blutkörperchen, große, fetthaltige Zellen, polynukleäre (neutrophile) Leukozyten, Detritus und endlich das Vorhandensein oder Fehlen von Spermatozoen; Anfertigung gefärbter Trockenpräparate ist nicht notwendig. Eine Tabelle von 17 Fällen, in welchen das Fehlen von Spermatozoen im Ejakulat festgestellt war, ergab zehnmal ein positives, sechsmal ein negatives Resultat, ein Fall ist zweifelhaft, und zwar zeigte sich, daß die Anwesenheit der Spermatozoen im geraden Verhältnis zur Dauer der Erkrankung steht; unter zwölf Fällen, deren Erkrankung auf zirka 7—12 Jahre zurückreicht, bloß zwei negative und ein zweifelhafter Fall, unter fünf Fällen jenseits des zwölften Jahres nur ein positiver Fall. Ob in einem Präparat mehr oder weniger Spermatozoen vorhanden sind, hat keine Bedeutung, weil hier zu viel unkontrollierbare Einflüsse mitspielen.

Die anatomische Beschaffenheit der Spermatozoen ergab in den meisten Fällen kein Abweichen von der Norm. Wichtig ist die Frage der Beweglichkeit; bekanntlich gilt allgemein die Anschauung, daß die Spermatozoen ihre Bewegungsfähigkeit erst durch Hinzutreten des Prostatasekrets erhalten; es ist daher selbstverständlich, daß sich in allen Präparaten die Spermatozoen unbeweglich zeigten; nur in einem Falle ergaben sich massenhafte, lebhaft bewegliche Samenfäden. Es ist dies das erstemal, daß aus dem normalen, geschlossenen menschlichen Hoden lebende Spermatozoen isoliert wurden. Im Inhalt einer Spermatokele, wo ja gleichfalls von einem Hinzutreten des Prostatasekrets nicht die Rede sein konnte, hat derselbe Autor diese Erscheinung wohl auch bereits beobachtet. Jedenfalls bietet das Ergebnis dieser Untersuchungen den neuerlichen Antrieb, auf dem so angebahnten Wege weiterzugehen und die Versuche fortzusetzen, ob sich die Folgen der Epididymitis, die Azoospermie, nicht doch auf chirurgische Weise beseitigen ließen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35, 1905.) D.

g) Nervensystem.

Kurze Mitteilung zur Kasuistik des Strümpell'schen Zehenphänomens. Von Dr. H. Körber in Augsburg.

Nach Strümpell bedingt bei spastischen Paresen der Versuch der aktiven Erhebung des Beines tonische Dorsalflexion der großen Zehe und ein Hervortreten der Sehne des Musculus tibialis anticus (Zehenphänomen, Tibialisphänomen).

Ein 28jähriger Taglöhner, der mit 17 Jahren einen rechtsseitigen Schlaganfall erlitten hatte, klagte darüber, daß seine rechte große Zehe bei jedem Schritt „in die Höhe springe“, was ihm große Schmerzen verursache. Bei der Unter-

suchung wurde eine typische rechtsseitige Hemiplegie (Embolie nach Aorteninsuffizienz) festgestellt. Die rechte große Zehe gelangte bei jedem Versuche, das Bein zu heben, in stärkste Dorsalflexion. Ueber der Sehne des Musculus extensor hall. long. eine schmerzhafte Schwiele. Nachdem fixierende Verbände wirkungslos blieben, wurde Tenotomie der Muskelsehne vorgenommen. Durch mehrere Monate blieben die Beschwerden behoben, um sich dann in etwas verringertem Maße wieder einzustellen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1905.)

Rosenthal.

Beiträge zur Lehre von der Beschäftigungsneuritis. Von Dr. H. Curschmann in Tübingen.

Bei den professionellen Neuritiden handelt es sich teils um akut, teils allmählich auftretende Schädlichkeiten. In einem Falle war beiderseitige Lähmung im Bereiche des Plexus brachialis aufgetreten, hervorgerufen durch das lange Zeit fortgesetzte Tragen von jungen Bäumen über den Schultern. Unter Galvanisation Heilung in wenigen Wochen. Solche und ähnliche Fälle verlaufen gutartig, das Fehlen der Ea R scheint sie zu charakterisieren. Hieher gehören die Lähmungen bei Kohlen- und Steinträgern. Anders verhalten sich Beschäftigungsparesen durch habituelle Druckwirkung an den unteren Extremitäten. Bei einem Bauer war doppelseitige Peroneuslähmung durch lange fortgesetztes Arbeiten in kniender Stellung beim Steineklopfen und Rübenziehen entstanden, die sich nur langsam besserte. Diese Paresen kommen dadurch zustande, daß die Sehne des beim Knien andauernd kontrahierten Musculus biceps fem. den Nervus peroneus gegen das Fibulaköpfchen drückt. Bisweilen kommt es beim Knien zur Tibialisparese (Druckwirkung des kontrahierten Musculus gastrocnemius auf den Nerven). Das linke Bein ist meist stärker befallen, weil es wegen der Beschäftigung der rechten Hand vorgeschoben und stärker gebeugt wird. Jugendliche Personen scheinen merkwürdigerweise prädisponiert. Im Gegensatze zu den leicht verlaufenden Paresen der oberen Extremität handelt es sich hier meist um echte Neuritis, daher ist die Prognose durchaus nicht absolut günstig. Ein anderer Fall zeigte einen weit selteneren Entstehungsmodus. Ein Fabriksarbeiter, der kleine Glocken zu feilen hatte, erlitt bei dieser Beschäftigung beständigen Druck und Erschütterung des 3., 4. und 5. Fingers und des Kleinfingerballens der linken Hand. Er bekam eine Ulnarisparese, die durch fortgesetzte Irritation der peripheren Hautmuskelgebiete des Nerven entstanden war. Derartige Paresen des Ulnaris gestatten eine günstigere Vorhersage. In allen diesen Fällen führt die Erkennung der Pathogenese mit größter Bestimmtheit den Weg zur Therapie und vor allem zur Prophylaxe. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16, 1905.)

Rosenthal.

Ueber Reflexe distaler Abschnitte der oberen Extremität und über ihre diagnostische Bedeutung. Von Prof. v. Bechterew in St. Petersburg.

Die Reflexe des distalen Armgebietes werden wenig gewürdigt. Außer dem schon früher bekannten Radial- und Ulnarreflex existiert ein Palmarreflex durch Kontraktion des Musculus palmaris brevis. Vf. hat ferner einen Metakarpophalangealreflex beschrieben, Flexion der Fingerspitzen bei mechanischer Reizung der dorsalen Metakarpalfläche, ferner einen Handreflex, hervorgerufen durch Perkussion der Sehne des Musculus ulnaris ext. dicht über dem unteren Ende der Ulna. Beide letztere treten bei gesteigerter Reflexerregbarkeit auf. Aehnlich verhalten sich die Reflexe von den Sehnen der Hand- und Fingerflexoren, welche durch einen Perkussionsschlag auf die genannten Sehnen über dem Lig. carpi transversum erhalten werden und in Flexionsbewegung der Hand, Finger und des Vorderarmes bestehen. Diese Reflexe haben wegen der großen Zahl starker Muskeln, auf die sie sich beziehen, nicht geringe pathologische Bedeutung. Der Pronatorenreflex, vom muskelfreien Rand der Ulna aus in deren ganze Länge ist ein periostaler Reflex. Alle diese Reflexe sind diagnostisch nur verwertbar bei

Unterschieden zwischen beiden Seiten, insbesondere wenn ein bestimmter Reflex auf der einen Seite fehlt. Wenn auch die Konstanz aller vorhin erwähnten Reflexe nur relativ ist, so ist Ungleichmäßigkeit oder nur unilaterales Vorhandensein dieser Reflexe eine äußerst seltene Erscheinung. Nach Nikitin schwankt die Ungleichmäßigkeit der verschiedenen Reflexe an der oberen Extremität zwischen 0·6—5·3%. Einseitige Entwicklung ist zu beobachten in einer Häufigkeit von 2 bis 9·3%. Ihr diagnostischer Wert tritt namentlich dann hervor, wo es sich um die Frage handelt, ob eine Affektion des peripheren oder des zentralen motorischen Neurons vorliegt. Destruktive Veränderungen des ersteren sind von Herabsetzung oder Fehlen der Reflexe begleitet, während die gleichen Veränderungen im zentralen Neuron mehr oder weniger lebhafte Reflexsteigerung aufweisen. Ebenso verhält es sich mit der Differentialdiagnose zwischen organischen und funktionellen Paralysen, indem die ersteren Steigerung der Reflexe aufweisen, während dies bei letzteren nicht der Fall ist. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 9, 1905.)

Rosenthal.

h) Muskel, Knochen und Gelenke.

Beitrag zur Kasuistik der Lipomatosis perimuscularis circumscripta (Curschmann). Von Michael Steiner in Bukarest. (Aus der med. Klinik zu Leipzig; Direktor: Prof. Curschmann.)

Die charakteristischen Merkmale obiger Affektion sind:

1. Sie befällt speziell Männer in den mittleren Jahren und kommt in allen Gegenden vor.
2. Das Leiden tritt allmählich auf, fast alle Muskelgruppen, die überhaupt erkranken, werden zu gleicher Zeit davon befallen.
3. Einzelne Muskelgruppen werden genau in den Grenzen ihrer Ausdehnung und ihrer Form von dem abnorm stark entwickelten Fettgewebe überdeckt.
4. Elektrisch zeigt sich keine Entartungsreaktion.
5. Auffallende Symmetrie der Neubildung.
6. Vorderarm-, Unterschenkel- und Kopfmuskulatur bleiben konstant frei von irgend welchen Veränderungen.
7. Abnahme der rohen Kraft der Muskeln.
8. Trotz scheinbarer Zunahme des Muskelumfanges häufige Abnahme des Körpergewichts.
9. Als subjektive Beschwerden kommen rheumatismusartige Schmerzen in der Kreuzbeingegend und den Beinen, damit im Zusammenhang eine gewisse Steifigkeit, in Betracht.
10. Temperatursteigerungen werden häufig beobachtet.
11. Die Krankheit trotzt jeder bisher angewandten Therapie. — (Dissertation, Leipzig 1904.)

F. L.

Klinischer Bericht über 75 Fälle von Arthritis deformans. (Chronische, nicht tuberkulöse Arthritis.) Von F. L. Richardson, M. D.

Im Long Island Hospital zu Boston wurden in einem Jahre 75 Fälle von chronischer Arthritis beobachtet; 74 Fälle waren Arthritis deformans, einschließlich eines Falles von ankylosierender Arthritis, ein Fall war, bei einer Frau, auf Gicht zurückzuführen, wie die Autopsie erst nach dem Tode ergab. Von den 74 Patienten waren 26 männlich, 48 weiblich; 21 stammten aus den Vereinigten Staaten, 9 aus Kanada, 35 aus Irland, 2 aus England, je einer aus Schweden und Deutschland, von 6 ist das Geburtsland unbekannt geblieben. 17 Personen waren unverheiratet, 58 verheiratet oder verwitwet; dem Beruf nach waren: Arbeiter 11, Fuhrleute 4, Zimmerleute 2, Maler 3, Kesselschmied 1, Kürschner 1, Schreiber 1, Hausburschen bezw. Hausmädchen 31, Köche 6, Lumpensortierer 1, Wäscher 5, Nähmädchen 1, unbekannter Beschäftigung 8. Sieben Patienten gaben an, daß „Rheumatismus“ in ihrer Familie vorgekommen sei; fünf hatten früher einen akuten Gelenkrheumatismus überstanden, bei zweien von diesen war Herzfehler festzustellen. 14 Männer hatten früher Gonorrhoe gehabt, bei neun von diesen war die Arthritis sicher gonorrhoischen Ursprunges, ebenso bei zwei Weibern;

Syphilis hatten zwei Männer und zwei Weiber. Die Leute wurden zwischen dem 10. und dem 89. Lebensjahre, von dem Gelenkleiden befallen, also alle Lebensalter, außer dem ersten Lebensjahrzehnt, sind beteiligt.

15mal Erkrankten zuerst die Hand- und Fingergelenke, bei einem Falle begann die Arthritis im Ellenbogengelenk, bei 10 in der Schulter, bei zwei in den Wirbelgelenken („Spondylitis deformans"), bei einem im Hüftgelenk, bei 25 in den Kniegelenken, bei sechs in den Sprung- und Zehengelenken, bei vier in mehreren Gelenken zu gleicher Zeit, bei 10 Fällen war das zuerst befallene Gelenk nicht mehr bekannt. Akut begannen 16, subakut 8, schleichend 35, bei 16 war der Charakter des Krankheitsbeginnes nicht zu erkunden. Bei 60% der Fälle, bei denen Blutuntersuchungen vorgenommen wurden, fanden sich 70—80% Hämoglobin, aber keine bemerkenswerten Veränderungen der Erythrozyten. In einem Falle bestand Komplikation mit Diabetes, Patient kam trotz diabetischer Maßnahmen nicht unter 4% Zuckergehalt des Urins; Vermehrung der Harnsäure wurde in keinem Falle gefunden, sondern relative Verminderung in vielen Fällen.

Vf. teilt seine Fälle in zwei Gruppen ein:

Gruppe I: Relativ junge Leute werden akut oder subakut unter Temperaturerhöhung und Erhöhung der Pulsfrequenz befallen; das oder die erkrankten Gelenke sind spindelförmig geschwollen und im akuten Anfall sehr schmerzhaft, selbst in der Ruhelage, durch Bewegung und bei Berührung wird der Schmerz gesteigert; meist findet sich ein Flüssigkeitserguß in den Gelenken. Nach Ablauf des akuten Einsetzens verschwinden diese Symptome, aber es bleibt eine gewisse Deformität und Bewegungsbeschränkung der befallenen Gelenke bestehen, es treten aber in Zwischenräumen von einigen Wochen bis zu zwei Jahren neue Exazerbationen, die wie der Beginn verlaufen, auf. Oft tritt nach zahlreichen Anfällen eine Formveränderung des Gelenkes ein, und dieses befindet sich entweder in Hyperextension oder Flexion mit deutlicher Bewegungsbeschränkung, die bisweilen bis zur vollständigen Fixation sich steigert. Die Muskelatrophie ist, mit Ausnahme der schlimmsten Fälle, nicht bedeutend. Der erste Anfall aus dieser Gruppe wird meist irrtümlicherweise als akuter oder subakuter Gelenkrheumatismus aufgefaßt. Aber es gibt bestimmte Unterscheidungsmerkmale: eigentliches Fieber besteht nicht, selten steigt die Temperatur über 38°, die Druckempfindlichkeit des Gelenkes ist geringer als beim akuten Gelenkrheumatismus, die Entzündung springt nicht von Gelenk zu Gelenk, sondern befällt ein Gelenk nach dem anderen in wachsender Anzahl, d. h. wenn ein Gelenk einmal befallen ist, dann bleibt es krank. Bei jedem späteren Anfall wird immer eine größere Anzahl von Gelenken als vorher erkrankt gefunden. Manchmal kann man bei den akuten Attacken den Schmerz mit Salizylpräparaten erfolgreich bekämpfen, und daher wird diese Gruppe der Arthritis chronica deformans häufig mit dem akuten Gelenkrheumatismus verwechselt.

Gruppe II: Die besonderen Merkmale dieser Gruppe sind: Eine Entzündung des Gelenkes, die eine Verkrüppelung mit deutlicher Formveränderung der Gelenkflächen mit Knochenneubildung zur Folge hat, meist bei älteren Leuten. Bei vorgeschrittenen Fällen besteht deutliche Deformität des Gelenkes, zuweilen Subluxationsstellung. Durch die im Gelenk befindlichen Knochenneubildungen, beziehungsweise -Auflagerungen besteht Bewegungsbeschränkung bis zur vollständigen Bewegungsbehinderung. In einigen vorgeschrittenen Fällen ist deutliche Muskelatrophie vorhanden. In den Gelenken, besonders in den Schultergelenken und in den Knien, kann man häufig Synovialzotten fühlen. In diese Gruppe gehören die Fälle mit den sogenannten Heberden'schen Knoten und die Fälle von Spondylitis deformans. Die Fälle, bei denen Knochenauflagerungen im Gelenk bestehen, sind kompliziert mit Arteriosklerose. Es gibt natürlich auch Uebergänge zwischen diesen beiden Gruppen.

Oft besteht in Gruppe II. die Arthritis deformans schon lange schleichend und daher unbemerkt, besonders im Kniegelenk alter Frauen, bis ein geringfügiges Trauma, das die Symptome ein wenig vermehrt, die Aufmerksamkeit auf das Gelenk richtet.

Die Behandlung soll nach Vf. für beide Gruppen bestehen in Schaffung guter, allgemeiner und lokaler Hygiene (geregelte Verdauung, gute, ausreichende Ernährung, Vermeidung plötzlicher Temperaturwechsel für die Gelenke und von feuchtem Klima, sowie von Gelenktraumen). Nur in wenigen Fällen, die zur Gruppe II gehören, vermögen Salizylpräparate die Schmerzen zu verringern. Oft ist Ruhigstellung des akut erkrankten Gelenkes geraten; bei den meisten Fällen ist eine vermehrte Blutversorgung des erkrankten Gelenkes von großem Nutzen, die man durch Massage und Bier'sche Stauung sowie durch heiße Sand- oder Heißluftbäder (alle zwei Tage) erzielt. Trockene Schröpfköpfe in der Gegend des erkrankten Gelenkes beseitigen manchmal den Schmerz. In wenigen Fällen sind Pinselungen mit Tinct. Jodi oder mit Tinct. Cantharidarum wohltuend. Die Fälle von Spondylitis deformans sind mit Leder- oder Gipskorsetten zu behandeln, die leicht die Stellung korrigieren und die Wirbelsäule fixieren, bis die Schmerzhaftigkeit verschwunden ist. Zum Schluß gibt Vf. die Krankengeschichten einiger besonders interessanter Fälle und sehr gute Photographien und Röntgen-Bilder zu diesen. — (Boston medical and surgical journal, Nr. 10. 1905.)

Klar, Heidelberg.

i) Haut.

Dermatitis hiemalis. Von W. Th. Corlett.

Seit dem Jahre 1883 hat Vf. 22 Fälle einer eigenartigen, zur Winterszeit auftretenden Hauterkrankung gesehen, die nach hartnäckigem Bestande meist erst im Frühjahr zu schwinden pflegt. Ihre Haupterscheinungen: Exsudation und Jucken gemahnten ursprünglich an Ekzem, als Prädilektionsstellen sind die Handrücken anzusprechen, von wo aus auch die Finger und Handteller ergriffen werden. Die scharfe Umgrenzung geröteter, von elevierten Rändern umgebener Herde, ihre eigenartige Verteilung und Anordnung sowie die in wiederholten winterlichen Attacken gleichbleibende klinische Beschaffenheit der Ausbrüche stempeln die Veränderung zu einem selbständigen Krankheitsbild. Ueber 14 Fälle hatte Vf. am III. Internationalen Dermatalogen-Kongreß zu London (1896) berichtet, seither verfügt er über weitere acht Wahrnehmungen, welche in dieser Abhandlung beleuchtet werden. Die auffallende Aehnlichkeit einzelner Eruptionen mit den vegetierenden Formen des Herpes tonsurans hat zu kulturellen und mikroskopischen Untersuchungen Anlaß geboten, ohne daß jedoch nach der Richtung positive Resultate zu erzielen waren. Als histologische Merkmale sind Wucherung der Hornschicht, Oedem des Korium und Auflockerung des Rete ausgewiesen. Vf. rechnet den Prozeß den Erythemen zu, der aber immerhin auch mit stärkeren Entzündungsphänomenen einherzugehen pflegt und darin gewisse Uebergänge zu den ekzematösen Läsionen darbietet; aus diesem Grunde wird auch die Bezeichnung „Dermatitis hiemalis“ vorgeschlagen. Therapeutisch sieht man vom intern verabreichten Ichthyol und von lokalen Prozeduren einigen Erfolg (Adstringentien, Tanin-Glyzerin, Burow, Hamamelis, Diachylon). Warme Handschuhe sollen ein rascheres Verschwinden der meist Monate hindurch andauernden juckenden Veränderung unterstützen. — (The Journ. of the Americ. Med. Assoc., Dez. 1904.)

N.

Ueber 323 Erysipeloid-Fälle, durch Krabben verursacht. Von T. C. Gilchrits in Baltimore.

In Fortsetzung seiner bereits im Jahre 1896 aufgenommenen Studien über die Aetiologie gewisser, in Amerika häufig beobachteter Formen des Rosenbachschen Erysipeloids, ist Vf. wenigstens nach der pathogenetischen Seite hin um eine hübsche Strecke weiter gelangt. Nach seinen reichlichen klinischen Erfahrungen kann es keinem weiteren Zweifel

unterliegen, daß die Manipulation mit Krabben für einen großen Teil der Fälle als veranlassendes Moment herangezogen werden muß. Die Krankheit beginnt gewöhnlich im Juni und klingt Ende August oder anfangs September ab. Das ist zu einer Zeit, wo der Genuß von Krabben zulässig ist. Schon im Jahre 1892 hat Dr. Finney diese in „John Hopkins Dispensary“ verfolgten Beobachtungen in der Gesellschaft dieses Instituts als „Crab Cellulitis“ vorgestellt, ohne jedoch, gleichwie Harvard, Wright und andere Aerzte, in kultureller Hinsicht zu positiven Resultaten zu gelangen.

Bezüglich des Charakters und des Verlaufes konnte nun Vf. endgiltig feststellen, daß die meist an den Fingern, oder Händen auftretende Veränderung zwei Tage nach der Inokulation (des tierischen Materials) zum Vorschein kommt und ungefähr eine Woche andauert. Meist sind es Bisse der Tiere, die, nicht weiter beachtet, nach der angeführten Inkubation zu schmerzhaften, geröteten und geschwellten Flecken werden; von hier aus wird der Finger in seiner ganzen Ausdehnung und späterhin auch die Nachbarschaft von einer das Integument befallenden, schmerzhaften, geröteten, sich heiß anfühlenden Schwellung eingenommen. Diese diffuse Dermatitis wird nie von Eiterung, Blasenbildung oder Pustulation gefolgt. Abschuppung tritt nicht ein. Allgemeinerscheinungen gehen mit diesem Erysipeloid nicht einher.

Die histologische Untersuchung im Fortschreiten begriffener Entzündungssäume ergab eine akute, besonders längs der Schweißdrüsenausführungsgänge in die Höhe steigende, kleinzellige Infiltration. Von 20 Fällen angelegte Kulturen (Blut, Inzisionsserum) blieben meist steril. Experimentelle Uebertragungsversuche von Kranken auf Gesunde, au porteur, von Krabbenmaterial auf Kranke und Gesunde, hatten niemals Erfolg, so daß Vf. zur Annahme hinneigt, daß ein spezifisches Ferment mitwirken müsse, das die Krabben in die Haut inokulieren.

Zur Behandlung dienen Salizylpflaster 25—50%, Sublimatumschläge, Karbol- und Jodoformölinjektionen. Die von Rosenbach neuerdings in einem Falle von Erysipeloid (durch faulenden Fisch hervorgerufen) nachgewiesene Cladothrixart hat Vf. vergeblich zu züchten versucht. Immerhin hält er alle Formen des Prozesses als einer einheitlichen klinischen Type zugehörig. Sechs klinische Exempel illustrieren den Krankheitsvorgang.

Zeislers anläßlich der Diskussion vorgebrachter Einwand (28. Versammlung der Americ. Derm. Assoc. Niagara falls, Juni 1904), daß er nicht einsehe, warum man für diese Läsionsart den Namen des Erysipeloids reserviert, wo es sich doch um ein toxisches Erythem handle, spricht nur dafür, daß ihm die charakteristische Erscheinungsweise der von Rosenbach präzise definierten affectio sui generis unbekannt geblieben ist. (Ref.) — (The Journ. of Cut. Dis., 1905.) N.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. Fritz Loeb in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Ueber Arsenferratose berichtet L. Laqueur (Frankfurt a. M.) im Septemberheft der „Therapie der Gegenwart“: Das Arsenferratin und dessen Lösung, die Arsenferratose, sind neue eigenartige Arsen-Eisen-Eiweiß-Verbindungen, in denen das Arsen in sogenannter organischer Bindung mit Eiweißkörpern vereinigt ist. Darum unterscheidet sich auch die Arsenferratose ganz wesentlich von den Arsenwässern und der Fowler'schen Lösung. Die Arsenferratose enthält 0·3% Eisen an Albumin gebunden und 0·003%

*) **Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.**

Arsen an Albumin gebunden. Ein Eßlöffel = 15 g enthält demnach 0·00045 g Arsen und 0·045 g Eisen. Die Tagesdosis von 3 Eßlöffeln würde mit 0·00135 g Arsen etwa 0·002 g arseniger Säure entsprechen, sowie der üblichen Tagesdosis von zirka 0·1 g Eisen. Therapeutische Verwendung fand die von der Firma C. F. Boehringer und Söhne in Mannheim-Waldhof hergestellte Arsenferratose durch Vf. bei Chorea minor von 8—11jährigen Schulmädchen. Da die Erfolge mit Solutio Fowler ungünstige waren, versuchte Vf. die Arsenferratose in Dosen von drei- bis viermal täglich 1 Eßlöffel nach den Mahlzeiten und sah die Herstellung der Patientinnen dadurch in überraschender Weise gefördert. Vf. war als Schularzt in der Lage, zu konstatieren, daß sich bei Schülerinnen die Ernährung und das Körpergewicht unter Arsenferratose sichtlich hob und daß dies auch auf die Leistungen in der Schule günstig zurückwirkte. Bei Morbus Basedowii ist mit dem Mittel „mindestens der gleiche Grad von Besserung" zu verzeichnen gewesen, wie sie die anderen Behandlungsmethoden bieten. Auch bei Neurasthenie und Hysterie fand Vf. das Präparat von guter Wirkung.

Die Arsenferratose ist als eine neue Verbindung eines Tonikums und eines Nervinum anzusehen, die bei Anämie, Chorea minor, Chlorose und Morbus Basedowii, sowie bei neurasthenischen Erschöpfungszuständen verschiedenster Art das Allgemeinbefinden bessert, die nervöse Reizbarkeit herabsetzt, ohne die Verdauungsorgane zu belästigen. Es soll bei Kindern teelöffelweise, bei Erwachsenen eßlöffelweise drei- bis viermal täglich eine Viertelstunde nach den Mahlzeiten genommen werden. Salate und rohes Obst meide man! Der Preis des Mittels ist kein hoher.

Tropacocainum hydrochloricum.

Nach Stolz (Archiv für Gynäkologie, Bd. 73, Nr. 3) eignet sich die Spinalanalgesie mit Tropacocainum hydrochloricum vorzüglich zur Ausführung von Kolpoköliotomien und Köliotomien. Hiezu ist die Injektion von 0·07—0·08 des Mittels erforderlich. Viele Laparatomien lassen sich dann ohne Störung vollenden (56%), andere bedürfen bei längerer Dauer oder früh erwachender Sensibilität der Fortsetzung durch die Inhalationsnarkose (31%); in einer dritten Gruppe ist die Methode unzulänglich (13%) und muß sofort durch die Narkose ergänzt werden. Die Inhalationsnarkose nimmt nach der Spinalanalgesie einen eigentümlichen Verlauf. Zuweilen genügt eine leichte Berauschung, um die erwachende Sensibilität wieder zu unterdrücken, zuweilen ist ein auffallend geringes Quantum des Narkotikums zur Einleitung oder Erhaltung der Betäubung ausreichend. In der Geburtshilfe genügt die Injektion von 0·05 g Tropakokain, um das äußere Genitale für eine Stunde zu analgesieren. Die Wehen werden weder in ihrer Heftigkeit noch in ihrer Dauer und Intensität beeinträchtigt, eher läßt sich eine Steigerung der Wehentätigkeit wahrnehmen.

Bornyval.

Sowohl Herzneurosen als auch Beschwerden infolge von Klappenfehlern, Arteriosklerose oder Erweiterung werden von Bornyval günstig beeinflußt. Nach einer Reihe von Publikationen konnten wesentliche Besserungen konstatiert werden bei traumatischer Neurose, Enuresis nocturna, nervösem Magenleiden, Hysterie, Schlaflosigkeit, Menstrualbeschwerden, Spermatorrhöe, nervösen Begleiterscheinungen der Chlorose, Chorea etc. Anfälle von nervösem Asthma können mit Bornyval kupiert werden; auch bei den Ausfallserscheinungen im Klimakterium hat es sich bewährt. Da es frei von unangenehmen Nebenwirkungen ist, eignet sich das Bornyval als ein angenehmes und wirksames Ersatzmittel für die Baldrianpräparate. — (Mercks Berichte.)

Lysol-Pillen, welche Dr. Zinsser (Köln-Ehrenfeld) in den Handel bringt, enthalten 0·1 g Lysol pro dosi, daneben Eisen in einer ähnlichen Form wie in den Blaud'schen Pillen. Die Zusammen-

setzung ist eine derartige, daß die Pillen rasch zerfallen und schnell zur Wirkung kommen. Lysolgeruch und -Geschmack sind durch Kandierung verdeckt. Die Pillen sind bei Krankheitserscheinungen, die auf abnormer Darmgärung beruhen, mit gutem Erfolge angewendet worden; außerdem bei Appetitlosigkeit („Freßpillen“) und Verdauungsstörungen, Chlorose, Anämie und harnsaurer Diathese. — (Pharm. Ztg. Nr. 74, 1905.)

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Felkes Pflanzentonikum stellt nach Zernik im wesentlichen eine mit Alkohol und dem Auszug einer emodinhaltigen Droge versetzte, stark versüßte, etwa 15% wässerige Lösung von Ferrum oxydatum saccharatum dar. — (Pharm.-Ztg.)

Myogenkakes. Zusammensetzung: Kakes, welche 9·3% Wasser, 3·97%, Stickstoffkörper auf Eiweiß berechnet, 12·5% Aetherextrakt, 52·7% Kohlehydrate und 1·1% Asche enthalten.

Nährsalz, physiologisches. Zusammensetzung: Tabletten aus Chlornatrium, Chlorkalium, Kalium-, Natrium-, Magnesium-, Kalzium- und Eisenphosphat, Kalium-, Mangan- und Eisensulfat, Natriumbikarbonat, Fluorkalzium und Kieselsäure im Verhältnis des Gehaltes an diesen Substanzen im Blut. Anwendung: Bei Arteriosklerose etc.

Purgolade sind Abführtabletten, die in Schokolademasse je 0·06 g Dihydroxyphthalophenen enthalten und von Apotheker Auerbach, Berlin, C., hergestellt werden.

Ramogen. Zusammensetzung: Ein vorzugsweise aus Kaseïn-Kalium, Milchzucker und Milchsalzen bestehendes diätetisches Präparat.

Rexotan. Zusammensetzung: Methylen-Tannin-Harnstoff, ein Kondensationsprodukt aus Tanin und Harnstoff mittels Formaldehyd, von der Formel $C_{16} H_{14} N_2 O_{10}$. Eigenschaften: Gelbbraunes, amorphes, geruch- und geschmackloses, nicht hygroskopisches, in Wasser, Alkohol und Aether unlösliches, in schwach alkalischen Flüssigkeiten lösliches Pulver. Anwendung: Als Darmdesinficiens und Darmadstringens bei Darmkatarrhen.

Species laxantes Marke C. m. Zusammensetzung: Fol. Sennae 30, Flor. Chamomillae 16, Herb. Veronicae 2·5, Fol. Melissae 2·5, Fol. Aurant. 2·5, Lignum Santali 2·5, Flores Cyani 0·75, Flor. Calendulae 0·75.

Tanninum albuminatum Marke R. & L. Zusammensetzung: Tannin-Eiweißpräparat. Anwendung: Als billigeres Ersatzmittel des Tannalbins.

Tee Chambard. Zusammensetzung: Fol. Sennae 45, Bingel 15, Glaskraut 5, Malve, Eibich, Minze, Melisse, Ysop je 5, Wundklee 6, Ringelblumen 2, Kornblumen 2 Teile. Anwendung: Gegen Verstopfung, Hämorrhoiden etc.

Thioleisenoxyd. Zusammensetzung: Eine Eisenoxydverbindung des Thiols. Eigenschaften: Dunkelbraunes, neutral reagierendes Pulver mit 2·34% Eisen. Anwendung: Gegen Blutarmut.

Thioleisenoxydul. Zusammensetzung: Eine Eisenoxydulverbindung des Thiols. Eigenschaften: Dunkelbraunes, neutral reagierendes Pulver mit 2·89% Eisengehalt. Anwendung: Gegen Blutarmut.

Traubenferment (Jacquemin). Zusammensetzung: Eine aus Trauben warmer Länder stammende, reingezüchtete Traubenhefe (Saccharomyces ellipsoïdes), welche auf saurem Nährboden kultiviert ist und samt dem Substrat in den Handel kommt. Eigenschaften: Eine angenehm schmeckende Flüssigkeit. Anwendung: Gegen Hautleiden, Appetitlosigkeit, Anämie, Diabetes.

Trophonin. Zusammensetzung: Ein diätetisches Präparat, welches die Nährstoffe des Fleisches, Weizengluten, Nukleo-Albumine und die Enzyme der Verdauungsdrüsen enthalten soll. Anwendung: Bei Verdauungsstörungen.

Turicin. Zusammensetzung: Verbindung von Tannin und Glutenin. Eigenschaften: Rötliches, geruch- und geschmackloses, in Wasser, Spiritus und

verdünnten Säuren unlösliches, in Alkalien lösliches Pulver. Anwendung: Gegen Darmkatarrhe. (Riedels Ber. 1905.)

(Fortsetzung folgt.)

Neue Mittel.

(Fortsetzung.)

Antiputrol. Zusammensetzung: Nach Ph. Post besteht das Mittel aus der als Karbolöl bezeichneten Fraktion der Teerdestillation, in welcher nach entsprechender Reinigung die sonst schwer löslichen Bestandteile durch eine alkalifettsaure Verbindung wasserlöslich gemacht werden. Es enthält 60—70% Phenol und dessen Homologe und löst sich in Wasser in jedem Verhältnis. Eigenschaften: Eine gelbbraune, dickflüssige Masse von phenolartigem Geruch. Anwendung: Als Desinfektionsmittel, welches dem Formalin wie der Karbolsäure an septicider Wirksamkeit überlegen sein soll.

Beta-Eucaïnum lacticum. Zusammensetzung: Das milchsaure Salz des Beta-Eucaïns, welches in 119 g so viel Eucaïnbase enthält, wie 100 g Eucaïnum hydrochloricum. Eigenschaften: Ein in Wasser noch leichter als das Chlorhydrat lösliches Salz. Anwendung: Als lokales Anästhetikum in zwei- bis dreiprozentiger Lösung in der Augenheilkunde wie in der Zahnheilkunde, in 0·12%iger Lösung für Infiltrationsanästhesie, in zwei- bis fünfprozentiger Lösung für regionäre Anästhesie, in zehn- bis fünfzehnprozentiger Lösung für Nase, Rachen und Ohr.

Cellotropin. Zusammensetzung: Monobenzoyl-Arbutin. Eigenschaften: Weißes, geschmackloses Kristallpulver, sehr wenig löslich in kaltem Wasser, leicht löslich in Alkohol, unlöslich in Aether und Chloroform. Anwendung: „Das Cellotropin soll Verwendung finden gegen verschiedene Infektionskrankheiten, hauptsächlich Tuberkulose und Skrofulose. Es ist völlig ungiftig und zeigt keine unangenehmen Nebenwirkungen. Man gibt es in Dosen von 0·3—0·5 täglich dreimal.“

Cerolin (Ceridin). Zusammensetzung: Ein durch weingeistige Extraktion aus Hefe dargestelltes Fett. Anwendung: Dreimal täglich eine mit Rad. Althaeae und Extr. Liquirit. bereitete Pille mit 0·1 g Cerolin gegen Furunkulose, Akne und ähnliche Hautaffektionen. Auch als Abführmittel.

Gynochrysma Hydrargyri ist eine leicht resorbierbare, $33^1/_3$%ige Quecksilbersalbe, deren Grundlage aus einer Glyzerinseifenlösung, Lebertran und Gynokardiaöl besteht.

Hydrargyrum kakodylicum. Zusammensetzung: Quecksilberoxydkakodylat $[(CH_3)_2AsO_2]_2Hg$. Eigenschaften: Wasserlösliches, farbloses Kristallpulver. Anwendung: In 2·5 bis 5%iger Lösung subkutan gegen Syphilis.

Hydrargyrum methylarsenicicum. Zusammensetzung: Mercuromethylarsinat, $CH_3 As O . O_2 . Hg_2$. Eigenschaften: In Wasser sehr wenig lösliche, in 0·8%iger Kochsalzlöung etwas löslichere, sich bei Temperaturen über 300° zersetzende Nadeln. Anwendung: Als Antisyphlitikum.

Inhalier-Schnupfenkapseln des chemischen Laboratoriums von Hesse und Goldstaub in Hamburg enthalten als wirksamen Bestandteil Methylpropylphenolmenthol.

Narcyl. Zusammensetzung: Salzsaures Aethylnarceïn $C_{25} H_{31} NO_8 . HCl$. Eigenschaften: Seidenglänzende, in Wasser im Verhältnis 1:120 lösliche, in Aether und Petroläther wenig, in Alkohol und Chloroform leicht lösliche Kristalle. Anwendung als Beruhigungsmittel bei Husten, ferner als Analgetikum, in Dosen von 0·06 g innerlich oder zu subkutanen Injektionen zu 0·02 g pro dosi.

Rheumasol. (Petrovasolum salyzylatum.) Zusammensetzung: Vasol 80, Petrosulfol und Salizylsäure je 10. Anwendung: Als Resorbens bei Exsudaten, bei Lymphdrüsenschwellungen, Rheumatismus, Ischias, Neuralgie etc.

Rheumol. Zusammensetzung: Aus der Thymusdrüse von Kälbern gewonnene Nukleïnsäure. Anwendung: In Form von Pillen oder als Saccharolat an Stelle von Lezithin und Glyzerinphosphorsäure.

Ringolinum purum der „Industria“ in Köln ist eine Paste aus gleichen Teilen Lebertran und Glyzerin, mit 0·3% Zinkoxyd und Perubalsam. Gegen Ausschläge und Wundsein der Säuglinge sowie als Salbengrundlage.

Salit. Zusammensetzung: Salizylsäure-Bornylester. Eigenschaften: Eine braune, in Wasser unlösliche, in Alkohol, Aether und fetten Oelen leicht lösliche Flüssigkeit, welche durch Alkalien wie im Blut in Salizylsäure und Borneol gespalten wird. Anwendung: Mit einem gleichen Teile Olivenöl gemischt, mehrmals täglich auf die Haut gepinselt. Die bepinselten Stellen bedeckt man mit Billrothbattist. Gegen Rheumatismus, Neuralgien, Ischias etc.

Salitum solutum ist eine Lösung von Salit in Oel.

Stovaïn. Zusammensetzung: Das Chlorhydrat des Benzoësäureesters des Aethyldimethylaminopropanols (Amyleïnchlorhydrat). Eigenschaften: Weißes hygroskopisches Kristallpulver, leicht löslich in Wasser und Methylalkohol. Anwendung: Als lokales Anästhetikum, welches in geringerem Grade toxisch wirkt, als Kokaïn. Gute Dienste leistend in der augenärztlichen Praxis zu Instillationen, subkutanen und subkonjunktivalen Injektionen, ebenso bei Zahnoperationen sowie in der allgemeinen Chirurgie.

Spezies pectorales, Marke C. m. Zusammensetzung: Herba Hyssopi 8·0, Herb. Betonicae 8·0, Fol. Althaeae 6·0, Fruct. Anisi stellati 2·0, Flor. Arnicae 1·0, Herb. Veronicae 15·0, Herb. Polygoni 15·0, Thymi 15·0, Herb. Asperulae 5·0.

Theocin-Natrium-aceticum. Zusammensetzung: Ein Doppelsalz aus gleichen Molekülen Theozinnatrium und Natriumazetat, welches ein Molekül Kristallwasser enthält. Gehalt an Theozin 65·5%. Eigenschaften: Zu 4½% in Wasser lösliches, eine alkolisch reagierende Lösung gebendes Pulver. Anwendung: In Dosen zu 0·3—0·5 mehrmals täglich als Diuretikum bei Stauungserscheinungen aus kardialen Ursachen.

Theophyllin Boehringer. Zusammensetzung: Synthetisch dargestelltes 1·3 Dimethylxanthin, $C_5 H_2 N_4 O_2 (CH_3)_2$. Eigenschaften: Weiße, in 226 Teilen Wasser von 15° lösliche Nadeln. Anwendung: In Dosen von 0·2—0·4 g als Diureticum bei Stauungserscheinungen jeder Art.

Theophyllinum - Natrium-salicylicum. Zusammensetzung: Eine Verbindung des Theophyllinnatriums mit Natriumsalicylat. Eigenschaften: Weißliches, in 14 Teilen Wasser von 20° lösliches, eine alkalische Lösung gebendes Pulver. Anwendung: In Dosen von 0·4—0·5 g mehrmals täglich als Diuretikum ohne unangenehme Nebenwirkungen.

Tuberkeltod (Dr. Stickes Eiweiß-Kreuterkognak-Emulsion). Zusammensetzung: Nach Aufrecht: Hämoglobin-Eiweiß 3, Zucker 10, Eisentinktur 10, Weingeist 25, Wasser 52 und eine Spur Zimtöl.

(Fortsetzung folgt.)

b) Diätetische Präparate.

Lactoserve.

Unter diesem Namen kommt eine Buttermilch in Pulverform in den Handel, zu deren Darstellung pasteurisierte Milch (1 Teil Vollmilch und 2 Teile Magermilch) der Säuerung durch Milchsäurebakterien unterworfen wird, bis ein bestimmter Säuregrad erreicht ist. Dann wird die Sauermilch bei etwa 50° im Vakuum zur Trockene eingedampft. Der Trockenrückstand wird gemahlen und mit einem Zusatz von Zucker, Mehl und Pflanzeneiweiß vermischt. Die so erhaltene Laktoserve stellt ein angenehm säuerlich riechendes, weißliches Pulver dar, welches mit Wasser verrührt oder geschüttelt eine der frischen Buttermilch ähnliche, angenehm und erfrischend schmeckende Emulsion bildet. Das Präparat enthält: Wasser 12%, Stickstoffsubstanz 22%, Fett 10%, Kohlenhydrate 46%, Asche 5% (darunter 0·7% Phosphorsäure), freie Säure (Milchsäure) 3%. Laktoserve soll an Stelle frischer Buttermilch zu diätetischen und arzneilichen Zwecken, vornehmlich in der Kinderpraxis Anwendung finden, und, mit 5 Teilen kochendem Wasser verrührt, ein der frischen Buttermilch sehr nahekommendes Getränk liefern. Hergestellt wird das Präparat von C. F. Boehringer und Söhne in Mannheim-Waldhof. — (Pharm.-Ztg. Nr. 76, 1905.)

Pegnin. (Milchzucker-Labferment.)

Das Pegnin ist ein feines, weißes Pulver von schwach süßsalzigem Geschmack, das sich leicht in Wasser und Milch löst und letztere sofort zum Gerinnen bringt. Zur Prüfung versetzt man 200 g gekochte Milch, die zuvor auf 40° erwärmt ist, mit 2 g Pegnin, schüttelt um und läßt 3—4 Minuten lang stehen; die Milch soll koaguliert sein. Das Koagulum soll nach kräftigem Schütteln ganz feinflockig sein und sich gleichmäßig in der Milch verteilen.

Die mit Pegnin gelabte Milch wird von gesunden wie von magendarmkranken Kindern ausgezeichnet vertragen. Infolge der leichten Verdaulichkeit dieser Pegninmilch hat es sich als möglich erwiesen, Kinder schon von der ersten Lebenszeit an mit Vollmilch zu ernähren.

Auch bei Erwachsenen, die an Magenaffektionen leiden und bei Infektionskrankheiten, wo die Verdaungstätigkeit stark daniederliegt, leistet die mit Pegnin gelabte Milch gute Dienste. Mit Erfolg wird dieselbe bei Hyperazidität des Magens und bei Ulcus ventriculi verordnet, überhaupt in allen den Fällen, wo eine Milchdiät angezeigt erscheint, dieselbe aber aus irgend einem Grunde nicht vertragen wird.

Um einen Liter Milch innerhalb 2—3 Minuten zur Gerinnung zu bringen, benötigt man zirka 8—10 g Pegnin.

c) Sero- und organotherapeutische Präparate.

In seiner kritischen Studie über **die Anwendung der Opotherapie in der Augenheilkunde** kommt A. A. Gauthier zu interessanten Resultaten.

Hodensaft ist vielleicht imstande, bei akkomodativer Asthenopie eine Wirkung auszuüben. Bei derselben Affektion und bei Morbus Basedowii wurde nach Anwendung von Ovarialsaft ein Einfluß konstatiert. Bei der letzteren Affektion gab die Verwendung von Schilddrüsensaft widersprechende Resultate; Thymussaft dagegen gab Resultate, die eine Nachprüfung wohl rechtfertigen würden. Nebennierensaft und Adrenalin wirken bekanntlich vaso-konstriktorisch. Sehr ermutigend sind die Resultate mit Lebersaft gegen die im Gefolge von Leberaffektionen auftretende Hemeralopie. Zweifelhaft ist dagegen die Wirkung des Lebersaftes bei der Hemeralopie neben Retinitis pigmentosa. Vf. empfiehlt die „medication hepatique“ bei rezidivierenden Glaskörperblutungen. Die aus Teilen des optischen Apparates selbst hergestellten opotherapeutischen Präparate, darunter die „Okkuline“ Lagrange haben zwar bisher zweifelhafte Resultate ergeben, sollten aber in schweren Fällen nach der Meinung des Vfs. trotzdem versucht werden. — (Thèse de Bordeaux Nr. 84, 1904.)

Tuberkulose - Antitoxin Figari - Maragliano. Zusammensetzung: Durch Eindampfen und Trocknen des Blutes immunisierter Pferde oder Kälber hergestelltes Präparat. Eigenschaften: Bröckelige, leicht pulverisierbare Masse. Anwendung: In Tagesdosen von 4 g per os gegen Tuberkulose.

Tuberkuloseserum, Kalle & Co. Zusammensetzung: Nach Ph. Zentralh. werden perlsüchtige Kühe so lange mit Hetol behandelt (z. B. intravenös), bis eine erhebliche Gewichtszunahme eingetreten ist und sie auf eine Einspritzung von Tuberkulin unter die Haut nicht mehr mit Temperaturerhöhungen reagieren. Das Serum wird dann den Tieren in der üblichen Weise entnommen. Es soll ein Antitoxin enthalten, welches dem Serum eine besondere therapeutische Wirkung verleiht, aber nur bei gleichzeitiger Anwendung von Hetol zur Geltung kommt.

Tuberkulose-Antitoxin Maragliano. Zusammensetzung: Pulverisiertes Koagulum des Blutes immunisierter Tiere. Anwendung: In täglichen Dosen von 4 g per os gegen Tuberkulose. — (Riedels Ber. 1905.)

2. Anderweitige Heilbehelfe.

(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

Heizbarer Irrigator.

In der ärztlichen Polytechnik (Nr. 8, 1905) beschreibt Dr. W. Braun-Feuer-



bach den durch D. R.-G.-M. 250.696 geschützten heizbaren Irrigator, der sich gegenüber den bisher gebräuchlichen durch seine leichte Handlichkeit und nicht unwesentliche Billigkeit auszeichnet; da derselbe mit Hartspiritus oder mit dem in neuerer Zeit in den Handel gebrachten Smaragdin geheizt wird, fällt das sehr lästige Mitnehmen von flüssigem Spiritus in Flaschen sowie das Umfüllen aus der Flasche in den Brenner mit dem mehrmaligen Auf- und Zuschrauben des Gewindes fort. Einige Stücke des Brennmaterials genügen, um innerhalb 5 Minuten 1 l Wasser von 35—40° zu erhalten und es läßt sich jede gewünschte Temperatur durch Anwendung der entsprechenden Menge Hartspiritus erzeugen. Das neue Modell wird von der Firma Gebrüder Seidel, Marburg an der Lahn, hergestellt und in den Handel gebracht.

Zur Sterilisation elastischer Katheter empfiehlt C. Adrian das sogenannte Esmarch'sche Sterilisationsverfahren: die Einwirkung von Dämpfen aus 1—2% Formalinlösung bei 60—75% C. speziell für die elastischen Katheter zu verwenden. Drei Minuten Dauer genügen zur sicheren Abtötung der Keime (auch Milzbrandsporen), die Methode übt eine erhebliche Tiefenwirkung aus, das Kathetermaterial wird auch bei mehrmaliger Wiederholung kaum geschädigt, das an den Instrumenten haftende Formol ist so unerheblich, daß von einer Abspülung mit sterilem Wasser zum Schutze der Harnröhre Abstand genommen werden kann, der zu verwendende Apparat: 50 bis 60 cm hoher Kasten, mit zwei Deckeln, deren innerer die Oeffnungen zum Tragen der Katheder und einen bequemen Handgriff, deren äußerer den Thermometer trägt und die Seiten des Kastens überfaßt, ist so einfach, daß jeder Klempner ihn billig herstellen kann. — (Monatsber. 40 f. Urol. 1905, Nr. 5.)

3. Behandlungsmethoden.

Verdalle hat eine große Anzahl von **Diabetiker mit arsenhaltigen Mineralwässern** behandelt und gefunden, daß diese Wässer zunächst eine günstige Allgemeinwirkung ausüben. Der Zuckergehalt des Urins nimmt ab und schwindet oft vollständig. Zugleich mit dieser Abnahme tritt auch die der Azetonurie ein. Der Harnstoffgehalt wird allmählich wieder normal. Die Besserung hält an, zuweilen tritt völlige Heilung ein. (? Ref.) — (Arch. gen. de med. Nr. 23, 1905.)

Cholelithiasis.

Da es bei der Behandlung der Cholelithiasis nach Hecht (Ther. Monatsh. Nr. 4, 1905) auf zwei Momente ankommt: 1. auf die Wiederherstellung des normalen Gallenstromes durch Regulierung der Darmperistaltik (Extract. Strychnin) und 2. auf eine wirksame Bekämpfung der Infektion (Kalomel) vereinigt Vf. beide Mittel und verordnet den kolikfreien Patienten:

Rp. Hydrarg. bichlorat.
Extr. Strychn. } āā 0·4—0·5
Pulv. Rhei
Extr. Rhei } āā 1·5
M. f. pilul. Nr. XXX.
D. S. Zwei- bis dreimal täglich 1 Pille zu nehmen.

Weder Diarrhöen noch Darmkolik wurden danach bemerkt, dagegen verschwand der Magendruck nach dem Essen, das Aufstoßen, das Völlegefühl, Obstipation, Durchfälle, Ikterus und Appetitlosigkeit.

Bei Gallensteinkoliken gibt Hecht außer Morphium subkutan:

Rp. Podophyllin. 0·2
Hydrarg. chlorat. 0·4
Extr. Strychn.
Extr. Bellad. } āā 0·3
M. f. pilul. Nr. XX.
D. S. Beim Anfall zweistündlich 1 Pille zu nehmen bis zur Wirkung; dann 1—2 Pillen täglich. Tritt nach den zweiten Pillen Diarrhöe auf, so sind sie gegen die ersteren zu vertauschen.

Natriumbisulfat bei Typhus.

Cannaday hat das schon früher von Friedländer als chirurgisches Antiseptikum empfohlene Salz gelegentlich einer schweren Epidemie in 85 Fällen intern erprobt und verzeichnete eine Mor-

talität von 8%. Er verordnete dreistündlich 2 g in 60 g Wasser gelöst. Die Lösung ruft keine Uebelkeit hervor und wird ohne Widerwillen genommen. Die Wirkung des Mittels entspricht ungefähr derjenigen eines nichttoxischen Darmantiseptikums. Die antiseptische Wirkung äußert sich schon in der Antisepsis der Mundhöhle. Durch Natriumbisulfat-Behandlung wurde die tympanitische Auftreibung des Leibes vermieden und die Zahl der diarrhöischen Stühle vermindert. — (Sem. med. Nr. 31, 1905.)

Toff empfiehlt in seiner Arbeit **„Ueber das Stillen nicht puerperaler Blutungen“** (Reichs-Med.-Anz. Nr. 16, 1905) die Anwendung des Styptol in allen Fällen; in schwereren Fällen aber soll ohne Zeitverlust an die Lokalbehandlung mittels Ferropyrininstillationen und genaue Tamponierung der Fornix vaginae gegangen werden.

Von Styptol gibt er 0·30 pro die, geteilt in 5—6 Dosen, in Pillen oder Originaltabletten.

Das Ferroperin wendet er seit Jahren in 18—20%iger Lösung mittels Braun'scher Spritze in intrauterinen Einspritzungen an und hat auf diese Weise selbst jene Blutungen rasch zum Stehen bringen können, die durch maligne Neubildungen bedingt waren oder auf voluminösen Fibromyomen beruhten.

Karl Abel (Berlin) hat das **Styptol** in mehr als 300 Fällen angewandt und hält es für besonders empfehlenswert: 1. bei starken menstruellen Blutungen, bei Virgines und Nulliparen ohne pathologisch-anatomisches Substrat; 2. bei rein klimakterischen Blutungen; 3. bei Blutungen in der Schwangerschaft; 4. bei Myomblutungen; 5. bei sekundären Blutungen infolge von Erkrankungen der Adnexe oder des Beckenbindegewebes; 6. bei Blutungen infolge inoperablen Karzinoms, bei welchen auch die lokale Anwendung des Mittels indiziert ist; 7. bei Dymenorrhöe. Die Hauptsache bei der Anwendung des Mittels ist die richtige Dosierung. Im allgemeinen gibt Vf. das Styptol so, daß er zunächst während der Menorrhagie dreimal täglich zwei Tabletten à 0·05 nehmen läßt. Bleibt die Wirkung aus oder ist sie nicht genügend, so läßt er in der ganzen Zeit nach der Blutung dreimal täglich 1 Tablette à 0·05 nehmen und verdoppelt die Dosis, sobald die Blutung eintritt. In Fällen von Dysmenorrhöe ist er bis zu 9 Tabletten pro die gestiegen und hat in einer Reihe von Fällen Resultate gesehen, in welchen alle anderen internen Mittel versagt hatten. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34, 1905.)

Choleratropfen.

In Nummer 72 der Pharmazeutischen Zeitung, Berlin, wird eine interessante Zusammenstellung über Choleratropfen gegeben. Bei der traurigen Aktualität der Sache seien die wichtigsten hier verzeichnet.

Rp. Tinct. Opii simpl.
Tinct. aromatic.
Tinct. Valerian. aether. } āā 10·0
Olei Menth. pip. 1·0
M. D. S. Halbstündlich 15—30 Tropfen.
— (Hauck.)

Rp. Tinct. Castorei canadens. 5·0
Tinct. Opii simpl. 5·0
Tinct. Strychn. 3·0
Tinct. Valerian. aether. 5·0
Tinct. Rhei vinos. 30·0
Spiritus aetherei 5·0
Spiritus Menth. pip. angl. 10·0
M. D. S. Viertelstündlich 15—20 Tropfen.
— (Inosentzoff.)

Rp. Tinct. Opii crocat. 7·5
Tinct. Ipecac. 5·0
Tinct. Valerian. aether. 15·0
Olei Menth. pip. gtts. XXX
— (Lorenz.)

Rp. Tinct. Opii crocat. 3·0
Tinct. Valerian. 12·0
Aetheris 15·0
— (Pelldram.)

Rp. Tinct. Opii crocat. 10·0
Tinct. aromatic. 90·0
— (Reim.)

Rp. Olei Menth. pip. 5·0
Tinct. Ipecac. 5·0
Tinct. Opii crocat. 2·5
Tinct. Valerian. aether. 10·0
— (Thielmann.)

Rp.	Tinct. Valerian. aether. } Spiritus. aetherei }	ā̄ā 10·0
	Tinct. Arnicae } Tinct. Strychn. }	ā̄ā 5·0
	Tinct. Opii simpl.	7·5
	Olei Menth. pip.	2·5

M. D. S. Halbstündlich 15—30 Tropfen n spanischem Wein. — (Strogonoff.)

Rp.	Tinct. Opii simpl.	5·0
	Vini Ipecac.	15·0
	Tinct. Valerian. aether.	80·0
	Olei Menth. pip.	0·5

— (Wunderlich.)

Rp.	Tinct. Cinnamom.	24·0
	Spiritus aetherei	12·0
	Olei anisi	4·0
	Olei Cajeputi	4·0
	Olei Juniperi baccar.	4·0
	Mixt. sulf. acid.	1·0

— (Bastler.)

Behandlung der Angina lacunaris. Von Karl Gerson.

Es hat sich dem Vf. zur Behandlung dieses Leidens ein Verfahren bewährt, das den Vorzug hat, einfach zu sein und keines neuen Instrumentes zu bedürfen. Vielmehr genügt eine gewöhnliche Hohlsonde. Diese setzt man mit nach oben gerichteter Hohlrinne auf einen weißen Punkt der Tonsille, welcher einen Ausführungsgang der Lakune und des lakunären Pfropfes kennzeichnet und schiebt die Sonde langsam in den lakunären Gang vor. Während man mit der Sonde vordringt, entleert sich aus der Lakune eine mehr oder minder dickflüssige, zähe, aus Schleim, Epithel, Leukozyten und Bakterien bestehende Masse, die man in der Hohlrinne der Sonde auffangen kann. Nach Entfernung des Inhalts sieht man die leere Oeffnung des Lakunenkanals vor sich, der sich aber oft bis zum nächsten Tage mit dünnflüssigem Sekrete teilweise wieder füllt. Eine wiederholte Sondierung schafft diesen geringen Nachschub des Sekretes leicht heraus. Handelt es sich um alte Pfröpfe, so kommt bei der Sondierung der Inhalt der Lakune als fester oft über 1 cm langer weißlicher Zylinder zum Vorschein. Je länger diese Pfröpfe bestehen, um so kompakter werden sie. Hat man alle sichtbaren Lakunen durch Sondierung entleert, so sind Schwellung und Rötung der Tonsille und auch die subjektiven Beschwerden meist schon am nächsten Tage verschwunden. Ist das nicht der Fall, so bestehen noch mit dem bloßen Auge unsichtbare, gefüllte Lakunen, die man, indem die Tonsille durch den Hartmann'schen Mandelquetscher*) von allen Seiten massiert wird, gleichfalls entleert. — (Med. Klinik Nr. 36, 1905.)

Nach der Erfahrung von Dr. Bassicalupo (Neapel) ist das **Gonosan** ein Spezifikum bei der akuten und chronischen Gonorrhöe und übertrifft an Wirkung und Zuverlässigkeit alle übrigen balsamischen Mittel.. Es kann für sich allein sowie auch zur Unterstützung der üblichen Injektionen gebraucht werden. Die Erfolge sind vorzügliche, denn: das Gonosan tötet die Gonokokken in kurzer Zeit, im Mittel in 10—12 Tagen, ohne Mithilfe von Injektionen; es macht den Urin scharf sauer, beschränkt in bedeutendem Grade die Sekretion, beseitigt die Schmerzen beim Urinieren, die Erektionen und Pollutionen und bei Blasenspülungen den Tenesmus und die Dysurie nach kurzer Zeit. Das Mittel wird vom Magen gut vertragen, ruft keine Darmstörung und keine Nierenreizung hervor. — (Wien. med. Presse, Nr. 34, 1905.)

Novargan und Gonorrhöe. Von Dr. R. Lucke.

Vf. empfiehlt seine vor einem Jahre angegebene Abortivbehandlung der Gonorrhöe durch tägliche Instillationen von $^1/_2$ cm^3 der 15%igen Novarganlösung in die vordere Harnröhre. Wenig dafür geeignet sind Fälle, die auch einige Zeit nach der Ansteckung noch geringfügige Sekretion zeigen. Fälle, die sich für die Kur eignen, aber bald Reizerscheinungen der vorderen Harnröhre zeigen, müssen mit schwächeren Lösungen, von 5% an beginnend, behandelt werden. Vf. läßt stets die Flüssigkeit in der Urethra zurückhalten und etwas verstreichen. Für die Behandlung des akuten Trippers

*) Siehe H. 2, S. 107, 1905.

rät Vf. mit der 0·2%igen Novarganlösung zu beginnen und allmählich mit der Konzentration bis zu 0·25% zu steigen. Ungefähr 30% der Fälle scheinen sich zur Novarganbehandlung nicht zu eignen, weil sich bald Reizerscheinungen einstellen. Schließt man solche Fälle von der Weiterbehandlung aus, so wird man vorzügliche Gesamterfolge erzielen, Urethritis posterior und deren mit hochgradigen Reizerscheinungen einhergehende Form selten erleben. In der vierten Woche ist es ratsam, zwischen die Novarganinjektionen andere einzuschieben. Nach 4—6 Wochen sind in der Regel Gonokokken dauernd nicht mehr zu finden, auch nach vierzehntägigem Aussetzen jeder Behandlung. Wenn sich auch wegen der individuellen besonderen Reizbarkeit, die manche Harnröhrenschleimhaut zeigt, nicht jeder Fall für die Novarganbehandlung eignet, so ist doch die „Mehrzahl der Fälle von akutem Tripper durch Novargan im Sinne der Unfähigkeit, weiter Gonokokken zu übertragen, heilbar". Eine Benützung des Novargans beim chronischen Tripper ist nicht anzuraten, sein Feld ist die eigentliche akute Urethritis anterior gonorrhoica, bei dieser aber scheint das Novargan ein empfehlenswertes Mittel zu sein. — (Monatsschrift f. Harnkrankh. u. sex. Hyg., Nr. 7, 1905.)

Lygosin-Natrium wird von Ferrua in einer Arbeit: „Einige Bemerkungen über die Behandlung der Gonorrhöe bei Frauen" (Therapist 1905) empfohlen. Vernachlässigte Fälle von Gonorrhöe können auch nach Monaten noch erfolgreich mittels Vaginalspülungen mit Lygosinnatrium behandelt werden, ganz ähnlich, als wenn es sich um das erste Stadium handelte. Durch seine hervorragend bakteriziden Eigenschaften befördert Lygosinnatrium die retrograde Metamophorse des erkrankten vaginalen und uterinen Gewebes. Es ist ein reizloses Ersatzmittel für Argentum nitricum, Argentamin, Protargol, Ichthargan, Itrol, Argentum colloidale, Albargin, Argonin, Sozojodol-Zink, Sozojodol-Natrium und Hydragyrum bichloratum, welche Vf. vergleichweise probiert hat. (In Empfehlung von Antigonorrhoicis können sich die betreffenden Autoren wirklich sehen lassen. Ref.) Nach Ferrua schützt das Mittel bei chronischer gonorrhoischer Endometritis die Patientinnen vor der Gefahr der Kurettage. „Keines von allen mir bekannten Heilmitteln ist so leistungsfähig wie das Lygosinnatrium, wo auch die gonorrhoische Infektion örtlich auftreten möge," sagt Vf. (Was werden die anderen Lobredner anderer Antigonorrhoika sagen? fragt Referent.)

4. Rezeptformeln.

Dyspepsie:

Rp. Benzonaphthol. } āā 0·15
Bismuthi salicyl. }
Natrii bicarbonic. 0·2
M. f. p. D. tal. dos. Nr. VI.
S. Dreimal täglich 1 Pulver zu nehmen (Ewald, Comby).

Magen- und Darmblutungen:

Rp. Solut. Suprarenin. hydrochlor. (1 : 1000) gtt. X—XV
Aqu. dest. 60·0
S. Alle 5 Minuten 1 Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Juckenstillende Salbe bei Hämorrhoiden. Pruritus ani:

Rp. Eucain. lact. 1·0
Menthol. 0·2
Ol. Oliv. 2·0
Lanolin. ad 10·0
M. f. ung.

Ulzeröse Larynxaffektionen:

Rp. Menthol. 5·0
Ol. amygd. dulc. 12·5
Orthoform. nov. 2·25
S. Orthoform-Emulsion. Auf 25° erwärmt 1·5—2·5 cm³ für die einmalige Injektion in den Larynx. (Heryng.)

Tuberkulöse Larynxulzerationen:

Rp. Orthoform. nov. 25·0
Ol. Olivar. 100·0
S. Orthoform-Emulsion. Mittels Trachealspritze unter Phonation von „Hae" zu injizieren. (Kassel).



Fissura ani:

Rp. Chrysarobin. 0·60
Thigenol Roche 5·0
Vaselin 25·0

M. f. ung. S. Salbe (nach kühlem Sitzbad einreiben).

Rp. Thigenol Roche 5·0
Ol. Cacao 20·0

M. f. bacilli Nr. V. S. Morgens und abends nach der Stuhlentleerung ½ Stäbchen einzuführen.

Intensive unstillbare Diarrhöe von Phthisikern:

Rp. Methylenblau med.-Hoechst 0·15
Sacch. lact. 0·6 (—0·8)
f. p. D. tal. dos. Nr. X.
S. 1 Pulver auf einmal zu nehmen.

Rp. Methylenblau med.-Hoechst 0·05
Sacch. lact. 0·2
f. p. D. tal. dos. Nr. XV.
S. Drei- bis viermal täglich 1 Pulver zu nehmen.

Leber- und Nierenkolik:

Rp. Antipyrin. 0·5 (—1·0)
Aqu. Chloroform. 30·0
Aqu. Calcar. 60·0
Syr. Aether. }
Syr. Belladon. } ää 75·0
Syr. flor. Aurant. 75·0

M. D. S. Halbstündlich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

Pharyngitis sicca:

Rp. Tinct. Jodi 0·3
Acid. carbolic. 0·25
Tinct. Aloës. 0·5
Tinct. thebaic. gtt. X
Glycerin. 30·0

D. S. Zu Pinselungen. (Danet.)

Kühlsalbe:

Rp. Acid. salicylic. }
Acid. carbolic. } ää 0·5
Naphthol. }
Lanolin. }
Vaselin. } ää 30·0
Aqu. }
Aceti } ää 15·0

— (Kromayer.)

Vorgeschrittenes Karzinom der Portio vagnalis:

Rp. Ferripyrin. 10·0
S. Zum Aufblasen.

Abortivbehandlung der Gonorrhöe:

Rp. Albargin. 1·0 (—2·0)
Aqu. dest. 100·0

M. D. In vitro nigr. S. 10—12 cm³ in die Harnröhre zu injizieren und 5 Minuten lang einwirken lassen. (Blaschko.)

Rp. Albargin. 6·0
Aqu. dest. 300·0

M. D. In vitro nigr. S. Dreimal je 100 cm³ zu injizieren und je 5, 3 und 2 Minuten einwirken lassen. (Fuchs.)

Furunkel.

Zum Schutze der Umgebung von Furunkeln empfiehlt sich gegen Infektion folgende Einreibung:

Rp. Acid. bor. 10·0
Spir. dil. ad 100·0
D. S. Aeußerlich.

Nässende Ekzeme:

Rp. Anaesthesin. Ritsert 1·0 (—2·0)
Bol. alb. 40·0
Acid. boric. 10·0
M. D. S. Zu Insufflationen. (Haug.)

Frostmittel:

Rp. Ichthyol. }
Resorcin. } ää 10·0
Tannin. }
Aqu. dest. 50·0
S. Zweimal täglich anzuwenden.

Rp. Ichthyol. }
Ol. Camphor. } ää 5·0
Lanolin. 20·0

M. f. ungt. S. Morgens und abends mit Watte bedeckt anzuwenden. — (Pharm. Post Nr. 7, 1905.)

5. Varia.

Verhütung des Jodismus.

Lieven empfiehlt stark verdünntes Jodkalium in Verbindung mit etwas Eisen und Strychnin in folgender Form:

Rp. Kalii jodati 30·0
Ferr. citric. ammon. 4·0
Strychnini nitric. 0·02
Elaeosacch. Menth. pip. 5·0
Aqu. flor. aurant. ad 120·0

M. D. S. 1 Teelöffel in ½ Liter Wasser zu nehmen (1 Teelöffel = 1·0 g Kalium jodatum). — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, 1905.)

Mesotan.

Zur Vermeidung der Hautreizung bei Gebrauch von Mesotan empfiehlt sich ein Zusatz von Ichthyol:

Rp. Mesotan 30·0
Ichthyol 10·0
Chloroform 20·0
Ol. oliv. 40·0

oder

Mesotan } ãã 20·0
Ichthyol }
Ol. oliv. 60·0

Odol.

Das in allen Tagesblättern und Zeitschriften (Pharm. Ztg. Nr. 2, 1905) angepriesene Mundwasser Odol besteht nach der Analyse der k. Zentralstelle Sachsen für öffentliche Gesundheitspflege aus 16·68 Wasser, 79·04 absolutem Alkohol, 1·95 Menthol, 2·33 nichtflüchtigem Rückstand, darin 0·041 Saccharin, 0·018 Salyzylsäure, 0·02 Mineralstoffe, 2·051 einer Substanz, die sich aus ²/₃ Salol und aus ¹/₃ salizylsaurem Mentholäther zusammensetzt. Eine Analyse von Aufrecht (Berlin) ergab 80% Alkohol 97·0, Salol 2·5, Saccharin 0·004, Pfefferminzöl 0·5, Spuren von Nelken- und Kümmelöl. Wiederholt haben Aerzte bei Personen, die zur Zahnpflege Odol brauchten, Ekzeme an den Lippen und Wangen beobachtet. Salol ist in einem Zahnwasser zu beanständen, weil der Speichel daraus Salizylsäure abspaltet. — (Lewin. D. Med.-Ztg, Nr. 101, 1904.) Die Salizylsäure aber greift die Zahnsubstanzen an. — (Hyg. Blätter, Nr. 1, 1905.)

Strychnin-Antitoxin.

H. Meier hat dieses Antitoxin hergestellt, indem er Kaninchen langsam an größere Strychnindosen (subkutan injiziert) gewöhnte und ihnen dann Blutserum entnahm. Dieses hob, gleichzeitig mit tödlichen Strychninmengen eingespritzt, die toxische Wirkung des letzteren auf. Auch die Gehirnnervensubstanz an Strychnin gewöhnter Tiere wirkt in dieser Weise. Die so erzeugte Strychnin-Immunität hielt 3—4 und mehr Tage an. Da Strychnin Tetanus hervorruft, ist Meier der Meinung, daß man durch Strychninimpfung gleichzeitig ein Tetanus-Antitoxin herstellen kann. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38, 1905.)

Icard empfiehlt zur **Feststellung des Scheintodes** die Injektion von 8—10 cm³ Flurescin in folgender Lösung:

Rp. Fluorescini 10·0
Natr. carbon. 15·0
Aqu. dest. 50·0

Wenn noch Leben vorhanden ist, tritt ein intensiver Ikterus auf und das Auge zeigt eine schöne smaragdgrüne Verfärbung. — (Ther. Monatsh. Nr. 6, 1905.)

Bücher-Anzeigen*)

Manuel élémentaire de Dermatologie topographique. (Handbuch der topographischen Dermatologie.) Von R. Sabouraud, Laboratoriumschef im Hospital Saint Louis-Paris.

Mehr als in den übrigen Zweigen der Pathologie tritt auf dem weitläufigen Felde der Hautkrankheiten die exquisite Abhängigkeit der Symptomenbilder von dem Orte ihres Auftretens in den Vordergrund und nirgends vermag die Lokalisation so wesentlich auf Aussehen, Verlauf und Charakter der einzelnen Läsionsformen einzuwirken als gerade in der weitläufigen Domäne der Dermatologie. Aus diesem Grunde haben die größeren Lehrbehelfe des Faches von jeher neben der Schilderung der Krankheitszustände mit besonderer Sorgfalt den regionären Eigenheiten derselben Rechnung

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

getragen. Neu und ohne Analogie ist aber das Unternehmen einer topographischen Gliederung und Beschreibung der Hautkrankheiten, dessen durchwegs glücklich gelungene Ausführung wir in Sabourauds neuester literarischer Bescherung begrüßen können. Sabouraud stellt sich die Leser seines Buches als Jünger Aeskulaps vor, die dem Studium des Faches als Neulinge gegenüber stehen und sich von demselben soviel aneignen möchten, um den diagnostischen und therapeutischen Anforderungen in der praktischen Betätigung genügen zu können. Diesen werden in knappster Formulierung die geläufigsten Typen in Wort und Bild anschaulich gemacht und durch die Nebeneinanderstellung der auf die einzelnen Hautgebiete verteilten Sondererscheinungen aufs nachdrücklichste eingeprägt. Die originelle Anlage und Disposition des Stoffes wird nicht verfehlen, auch jenen das regste Interesse abzugewinnen, die sich in die Materie der Dermatologie bereits eingearbeitet oder dieselbe als das Terrain ihrer ausschließlichen Wirksamkeit erwählt haben.

Zwölf Marken teilen das Integument entsprechend der funktionellen Bestimmung der darunter liegenden Texturen in verschieden und oft auch willkürlich begrenzte Felder, in 12 Kapiteln finden die sich in den einzelnen Gebieten abspielenden Prozesse eine übersichtliche Würdigung. Hiebei haben auch die Läsionen der Mundhöhle, des Rachens und der Nasenhöhle ausführlichst Berücksichtigung gefunden. Die Störungen im Bereiche des Kapilitiums, des Gesichts, die Mykosen der einzelnen Körperregionen sind, gleichwie die Erkrankungen der Hände in peinlichst ausgefeilter Genauigkeit festgehalten, wo von Schritt zu Schritt die reichen Früchte der Eigenleistung des Vfs. der Darstellung zugute kommen. Den sich naturgemäß oft ergebenden, den Vortrag störenden Wiederholungen weiß Vf. geschickt dadurch zu begegnen, daß er bereits Vorgebrachtes mit kurzen Hinweisen in Erinnerung ruft und alle universellen Eruptionen in einem besonderen Teile des Werkes unterbringt. Auch in diesem Abschnitt wird das Wesentliche plastisch hervorgehoben, die Therapie nur flüchtig gestreift. Eine mit feinem Verständnis zusammengestellte Sammlung guter Abbildungen belebt den instruktiven Text und beweist neuerdings, bis zu welcher Unentbehrlichkeit dieser wertvolle Behelf des Unterrichts gediehen ist. Die gelungensten Abdrücke der unvergleichlichen Moulagensammlung des Hospitals St. Louis, die schönsten Aufnahmen aus Sabourauds Bilderschatz liefern hier vereint mit den zur Verfügung gestellten Photogrammen zahlreicher Fachkollegen einen auserlesenen kleinen Atlas, der in der bekannt präzisen Ausführung des Verlagshauses Masson aufs beste den gedrängten Inhalt der Beschreibung ergänzt und belebt. N.

Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung. Von Dr. Th. Walzberg. Mit einer Tafel in mehrfarbigem Druck, nach eigenen Operationsergebnissen gemalt vom Vf. und einer topographischen Skizze. Minden i. W. 1905. J. C. C. Bruns' Verlag. Preis 3 Mark.

Die Arbeit ist für den praktischen Arzt bestimmt, dem sie die Notwendigkeit frühzeitiger Operation demonstrieren soll. Vf. gibt ein klinisches Bild der Cholelithiasis vom chirurgischen Standpunkt. Symptomatologie, Verlauf, Folgezustände und Therapie der Gallensteinkrankheit finden eine gute, kurze Darstellung. Das Werkchen kann dem Praktiker empfohlen werden.

Dr. Fritz Loeb, München.

Die in meiner Klinik geübte **Technik der Gallensteinoperationen** mit einem Hinweis auf die Indikationen und die Dauererfolge. Von Prof. Dr. Hans Kehr. München 1905. Verlag von J. F. Lehmann. Preis brosch. 16 Mark, geb. 18 Mark.

In einem umfangreichen Werk von über 800 Seiten hat Vf., dem wohl auf dem Gebiete der Gallensteinchirurgie, nachdem er sein erstes Tausend Operationen bereits überschritten hat, die größte Erfahrung zur Seite steht, seine gewonnenen Erfahrungen gesichtet und eingehend geschildert. Das Werk ist so voll von lehrreichem Material und in seiner oft etwas polemischen Art so anregend geschrieben, daß dessen gründliche Lektüre allen Aerzten, speziell natürlich den Chirurgen, nicht dringend genug empfohlen werden kann. Auch wer in vielen Punkten nicht mit Vfs. Ansichten übereinstimmt, wird doch außerordentlich viel Belehrung aus dem Studium schöpfen.

Vf. bespricht zuerst die Vorbereitungen zur Operation, die im wesentlichen nicht von den



üblichen abweichen (Vorbereitung des Aerztepersonals etc., des Kranken, des Instrumentariums u. s. w.). Dann bespricht er die Anatomie des Gallengangsystems, die durch eine Reihe schöner Abbildungen erläutert wird. In dem der allgemeinen Technik gewidmeten Abschnitt wird zuerst die Schnittführung durch die Bauchdecken (meist Wellenschnitt) erörtert, wobei ein Ueberblick über eine große Reihe der verschiedensten Schnittführungen aus der Literatur zusammengestellt ist. Dann wird die Technik der Operation an der Gallenblase (Auslösen, Punktion, Drainage, Einnähung) besprochen. Dann folgt ein auch für den allgemeinen Praktiker außerordentlich wichtiger Abschnitt über Indikationen und Kontraindikationen zur Operation. Vf. gehört nicht zu den Operateuren à tout prix. So operiert er die akute Cholezystitis nur in ganz schweren Fällen und rät nach Abklingen des Anfalls medikamentöse Behandlung zu versuchen, die allerdings die Steine nicht abtreibt, aber die so außerordentlich schmerzhaften Entzündungserscheinungen oft beseitigt. Bei Choledochussteinen neigt er wegen der großen Gefahr, in der solche Patienten schweben, allerdings weit mehr zur Operation.

In der speziellen Technik werden dann die verschiedensten, bisher am Gallensystem ausgeführten Operationen (Zystostomien, Choledochus- und Hepatikusdrainagen, Anastomosen etc. etc.) eingehend erörtert und dann noch der Nachbehandlung ein ausführliches Kapitel gewidmet. Ein Literaturverzeichnis und 177 genaue Krankenberichte bilden den Schluß des Werkes, aus dessen reichem Inhalt im Rahmen dieses Referats leider kaum mehr als eine Inhaltsübersicht gegeben werden konnte.

Lewisohn, Heidelberg.

Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. Von Dr. Hans Stoll in Nauheim. II. Auflage. Leipzig 1905. Verlag von Benno Konegen. Preis 0·50 Mark.

Anfänglich geschrieben als Denkschrift für die Behörden des Kriegsministeriums, der Post und Eisenbahn, gibt Vf. die Arbeit nunmehr in gedrängter Form, um sie weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Auf Grund seiner reichen Erfahrungen als Herzspezialist kommt er zu folgenden Resultaten: Der Alkohol schwächt das Herz, indem er es erweitert und seine motorische Kraft herabsetzt. Er bedingt Nervenschwäche durch Unterernährung der Zentralorgane, des Nervensystems und der Unterleibsorgane. Der Kaffee schwächt das Herz durch den Umstand, daß Koffein ein degenerierender Feind des Herzmuskel ist. Er bedingt im Laufe der Jahre eine Uebermüdung des Herzens. Die Nerven werden geschädigt durch die stark erregende, giftige Wirkung des Koffeins.

Ueber das Zusammenwirken von Alkohol und Kaffee sagt Vf.: „Und nun vergegenwärtige man sich den Alkohol- und Kaffeetrinker, der täglich seine Herzkraft erst mit Alkohol lähmt, erschlafft, den Herzmuskel erst erweitert und verdünnt und dann ihn mit Kaffee zwingt, das Aeußerste in dieser geschwächten Funktionsbedingung herzugeben". (S. 23.) „Beide aber zusammen vollbringen eine unheimlich sich ergänzende Zerstörungsarbeit, welche systematisch und allmählich die Gesundheit des Herzens untergräbt u. s. w." (S. 24.)

Mit am interessantesten ist die vom Vf. gebrachte Statistik, aus der folgende Hauptzahlen angeführt seien: In Deutschland wurden an Bohnenkaffee verzollt im Jahre 1892 122,030.000 kg, im Jahre 1902 dagegen 171,430.000 kg. Das bedeutet also eine Zunahme von rund 50 Millionen kg = 40% allein im Jahre 1902. Demnach nimmt das deutsche Volk jährlich $2^1/_2$ Millionen kg Koffein in sich auf! Dazu bemerkt Vf.: „Bedenkt man nun aber, daß schon 0·5 g Koffein auf einmal genommen, genügen, um schwere Vergiftungserscheinungen hervorzurufen und rechnet man die im Jahre 1902 konsumierte Koffeinmenge in solchen Vergiftungsdosen, so hätten sie ausgereicht, um auf einmal 4000 Millionen Menschen zu vergiften, also mehr als die 60fache Zahl der ganzen deutschen Bevölkerung". Da begreift man das entschiedene Eintreten des Vf. für die Abstinenzbewegung, die sich ebenso wie gegen den Alkohol auch gegen Kaffee und Tee wenden muß. Dies wird um so leichter sein, als in gutem Malzkaffee und den einheimischen Teesorten der beste Ersatz für die Koffeingetränke zu erkennen ist.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



Ueber therapeutische Indikationen.

(Nach einem klinischen Vortrag.)

Von Professor **H. Senator** in Berlin.

Meine Herren! Die Diagnostik ist, wie Sie wissen, heutzutage eine wohl ausgebildete Disziplin, welche den Mediziner lehrt, wie er methodisch bei der Untersuchung der Kranken behufs Stellung der Diagnose vorgehen soll. Mit der Therapie ist es leider nicht so gut bestellt. Und doch soll der Arzt auch bei der Behandlung nicht planlos oder schablonenmäßig nach Art der Scharlatane und Routiniers vorgehen, sondern ebenfalls methodisch, d. h. zielbewußt nach bestimmten Grundsätzen all sein Tun zum Nutzen des Kranken einrichten. Das wußten die Alten schon sehr gut, die doch über viel weniger Hilfsmittel in der Therapie wie in der Diagnostik verfügten als wir.

Zum Teil haben gerade die außerordentlich großen Fortschritte, welche die Diagnostik etwa vom zweiten Drittel des vorigen Jahrhunderts ab gemacht hat, es verschuldet, daß diese alten Regeln vergessen oder wenigstens vernachlässigt wurden, wie überhaupt durch die gewaltigen Fortschritte der Diagnostik die Therapie eine Zeitlang in den Hintergrund gedrängt wurde. Das war die Zeit des therapeutischen Nihilismus, in der vielen Aerzten und Klinikern der Kranke nur Objekt war, um die diagnostische Kunst zu zeigen. Damals paßten auf die Medizin so recht die Worte, welche Goethe dem Mephisto in den Mund legt:

„Man durchstudiert die groß' und kleine Welt,
Um es am Ende geh'n zu lassen, wie's Gott gefällt."

Diese Zeit ist glücklicherweise vorüber. Und nicht nur, daß die Therapie wieder zu Ehren gekommen ist, wie es sich gebührt, so hat auch sie ungeahnte Fortschritte gemacht; es stehen ihr jetzt Mittel und Methoden in erstaunlicher Fülle zu Gebote, und deshalb ist es um so mehr notwendig, bei ihrer Auswahl, bei der Anwendung im Einzelfalle planmäßig zu verfahren. Wie gesagt, wurde das schon in der alten Medizin gelehrt, von der wir gewisse Leitsätze als Richtschnur für das ärztliche Handeln überkommen haben, sogenannte „Indikationen" oder Heilanzeigen, besser „Behandlungsanzeigen", denn wir können ja nicht alle Kranken heilen, aber wir können und sollen auch unheilbaren Kranken nützlich sein durch Linderung ihrer Beschwerden u. s. w. Als erste stellten sie die Indicatio causalis hin, d. h. die Aufgabe, die Ursache der Krankheit zu bekämpfen, bezw. zu beseitigen. Theoretisch ist dies gewiß die erste und wichtigste Aufgabe, wie ja ohneweiters einleuchtet, aber in der Praxis können wir ihr leider nur selten genügen, und zwar aus zwei Gründen.

Erstens kennen wir von vielen Krankheiten die eigentliche und letzte Ursache nicht, was ich wohl nicht weiter durch Beispiele zu belegen brauche. Zweitens aber haben wir selbst da, wo wir die Krankheitsursache kennen, nicht immer die Mittel, sie zu bekämpfen. Wir kennen z. B. die Ursache der gewöhnlichen, sogenannten genuinen Pneumonie, wir kennen die Ursache des Unterleibstyphus u. s. w., aber wenn diese Krankheiten ausgebrochen sind und zur Behandlung kommen, haben wir kein Mittel, die Ursachen zu beseitigen.

Dagegen sind wir häufiger imstande, zu verhüten, daß eine Krankheit zum Ausbruche kommt, indem wir ihre eigentliche Ursache vom Körper ganz fernhalten oder indem wir den Bedingungen, unter welchen die Krankheitsursache ihre

Wirkung im Körper entfaltet, entgegenarbeiten. Diese Aufgabe könnte man zu der altbekannten Indicatio causalis als Indicatio prophylactica hinzufügen. Sie gehört zwar — streng genommen — nicht zur eigentlichen Krankheitsbehandlung, aber die Verhütung der Krankheiten gehört doch zur Therapie im weiteren Sinne und ist eine der wichtigsten Aufgaben des Arztes und ein Gebiet, auf dem er mit dem größten Erfolge tätig sein kann. Zumal seit dem Anbruch der bakteriologischen Aera, die uns so sehr in der Erkenntnis der Krankheitsursachen gefördert hat, kann sich die Prophylaxe der Krankheiten vorzüglicher Erfolge rühmen. Und daß sie von der Krankenbehandlung im engeren Sinne nicht zu trennen ist, werden Sie in der täglichen Praxis oft genug erfahren. Wenn Sie irgendwo, in einer Familie, in einem Hause u. s. w. eine ansteckende Krankheit zu behandeln bekommen, einen Fall von Scharlach, Diphtherie, Pocken, Cholera u. s. w., so müssen Sie unbedingt die Ausbreitung der Krankheit zu verhüten suchen. Das ist eine Aufgabe, der Sie sich nicht entziehen können. Und, wie gesagt, diese Aufgabe können wir weit besser erfüllen als diejenige, welche die Indicatio causalis fördert. Denn auch da, wo uns die eigentliche Krankheitsursache verborgen ist, kennen wir doch gewisse Verhältnisse, welche die Entstehung, Entwicklung, Ausbreitung der Krankheit begünstigen. Bei den sogenannten akuten Exanthemen z. B., deren Erreger wir nicht kennen, wird durch den Verkehr die Ausbreitung befördert und wir können also dagegen in wirksamer Weise einschreiten, bei der Lungentuberkulose können wir den R. Koch'schen Tuberkelbazillus, die eigentliche Ursache der Krankheit, nicht vernichten, aber wir können doch bei Menschen, die zur Tuberkulose disponiert sind oder bei denen die Krankheit schon in der Entwicklung begriffen ist, eben durch Bekämpfung der Disposition das Auftreten der Krankheit oder ihr Weiterschreiten verhüten.

Es ist ferner aufgestellt worden:

Die Indicatio morbi. Es gibt Krankheiten, die eine ganz bestimmte spezifische Behandlung erfordern, wie z. B. das Malariafieber das Chinin, der Diabetes mellitus eine gewisse Diät u. s. w. Gerade in neuerer Zeit, wo wir für gewisse Krankheiten spezifische Erreger kennen gelernt haben, hat man auch gelernt, sie mit spezifischen Gegenmitteln zu bekämpfen. Von altersher hat man ja schon Erkrankungen durch Gifte mit Gegengiften zu bekämpfen versucht, heutzutage ist dieses Gebiet durch die Entdeckung der Toxine und Antitoxine z. B. bei der Diphtherie oder dem Tetanus erfolgreich erweitert worden und wird hoffentlich noch mehr vergrößert werden. Eine andere und sehr wichtige Aufgabe bezeichnet

die Indicatio symptomatica, die Bekämpfung einzelner Symptome. Von manchen Seiten wird diese Indikation nicht genug gewürdigt und etwas geringschätzig beurteilt, indem man meint, eine symptomatische Behandlung wäre „irrationell", nur die Bekämpfung der Krankheit oder ihrer Ursachen wäre „rationell". Das hört sich sehr schön an, ist aber doch nicht richtig. Freilich, eine rein symptomatische Behandlung, die sich um die Natur, die Ursache und das Wesen der Krankheit gar nicht bekümmert, ist ganz verwerflich. Wohl aber können und sollen unter gewissen Umständen im Interesse des Kranken Symptome beseitigt werden, welche für sich allein eine Gefahr bedingen, die Krankheit verschlimmern, den Kräftezustand verschlechtern, aber immer unter Berücksichtigung der eigentlichen Krankheit. Wenn Sie bei jemandem, der verdorbene Nahrungsmittel genossen oder sonst ein Gift genommen hat und infolge dessen erbricht, das Erbrechen bekämpfen wollten, so würden Sie einen groben Kunstfehler begehen; wenn Sie aber bei einem Typhuskranken z. B., der nichts bei sich behält, sondern alles Genossene ausbricht, das Erbrechen stillen, so haben Sie den Kranken nicht nur von einem lästigen Symptom befreit, sondern auch ihm direkt genützt, indem Sie ihn befähigen, sich besser zu ernähren, sich zu kräftigen und den Kampf gegen seine Krankheit besser zu bestehen. Eine solche symptomatische

Behandlung ist durchaus „rationell". Aehnlich verhält es sich mit der Beseitigung andauernder Schlaflosigkeit, heftiger Schmerzen u. s. w.

Wir kommen zu der

Indicatio vitalis, der Aufgabe, eine unmittelbare Lebensgefahr zu beseitigen, einer Aufgabe, deren Bedeutung ja ohneweiters einleuchtet und niemals unterschätzt worden ist. Ich brauche deshalb nicht viel Worte darüber zu machen und begnüge mich mit einem Beispiel. Wenn im Verlaufe einer Krankheit ein Kollaps eintritt, d. h. eine das Leben bedrohende Schwäche des Herzens und der Gefäße, so ist es die dringende Aufgabe, diese zu bekämpfen, um das fliehende Leben zu erhalten. Ist die Ursache des Kollapses bekannt, z. B. eine plötzlich eintretende Blutung, so wird man natürlich diese zugleich bekämpfen, ohne die Mittel gegen den Kollaps selbst zu vernachlässigen. Keinesfalls aber darf man sich mit dem Aufsuchen der Ursachen des Kollapses so lange aufhalten, daß es für seine Beseitigung zu spät wird.

Endlich nenne ich noch eine Indikation, die gewöhnlich etwas spöttisch aufgefaßt oder nicht ernst genommen wird, nämlich: „ut aliquid fiat" oder, wie es eben in Verkennung dieser Indikation noch öfter genannt wird, „ut aliquid fieri videatur", womit offenbar ausgedrückt wird, es solle der Schein erweckt werden, daß etwas für den Kranken geschehe, während in Wirklichkeit nichts getan wird. Das ist aber eine ganz verkehrte Auffassung. Denn wenn man, wie es gewöhnlich „ut aliquid fiat" geschieht, ein unschuldiges Mittel verschreibt oder irgend eine unschädliche Maßnahme verordnet, so übt man bewußt oder unbewußt keine scheinbare, sondern eine wirkliche Therapie aus, die unter den Begriff dessen fällt, was man heutzutage „Suggestion" nennt. Mancher Kranke glaubt, wenn ihm nichts verordnet wird, daß der Arzt ihn vernachlässigt oder sein Leiden nicht für wichtig genug hält; er verliert das Vertrauen, beunruhigt sich, hält sich für unheilbar u. s. w., während, wenn ihm in ernster, würdiger und Vertrauen erweckender Weise eine Verordnung gegeben wird, er eben durch den Gedanken, in richtiger Weise behandelt zu werden, gar nicht selten geheilt wird. Das Vertrauen zum Arzt spielt ja bei der Krankenbehandlung eine große Rolle, namentlich bei allerhand krankhaften Zuständen des Nervensystems, welche durch psychische Vorgänge günstig oder ungünstig beeinflußt werden, vor allem bei der Hysterie, für welche die leichte Suggestibilität charakteristisch ist. Wir verfügen heute über mehr Methoden zur Suggestion als unsere Altvorderen, aber im Prinzip ist es ja gleichgiltig, in welcher Weise sie ausgeübt wird, wenn nur etwas geschieht, wenn also „aliquid fit", wodurch dem Patienten der Glaube, die feste Zuversicht beigebracht wird, daß ihm geholfen wird.

Streng genommen, ist es also gar keine besondere Indikation, ut aliquid fiat, sondern was in dieser Absicht geschieht, entspricht einer der vorher genannten wirklichen Indikationen, insbesondere der Indicatio morbi oder symptomatica.

Sie werden, meine Herren, gut tun, namentlich in schweren, verwickelten Fällen, sich an diese alten Regeln zu halten, um nicht ratlos oder schablonenmäßig zu behandeln, sondern individualisierend, nach bestimmten, dem einzelnen Falle angepaßten Grundsätzen.

Man hört in unseren Tagen nicht selten aussprechen, daß man jetzt erst zu der Erkenntnis gekommen sei, nicht die Krankheit als solche, sondern der kranke Mensch müsse behandelt werden. Nun, meine Herren, die besprochenen Indikationen, die nicht heute und gestern, sondern schon recht lange gelehrt, aber nicht immer gebührend beachtet wurden, beweisen, daß man auch schon früher bemüht war, zu individualisieren, d. h. auf den jeweiligen Zustand des Menschen Rücksicht zu nehmen. Wer darin ein besonderes Verdienst der Neuzeit sieht, der kennt die Geschichte der Medizin nicht.

REFERATE.

I. Therapie.

Innere Medizin.

Ueber Myristicin und einige ihm nahestehende Substanzen. Von Dr. Fritz Jürs. (Aus dem Institut für Pharmakologie und physikalische Chemie zu Rostock.)

Wie die von Carlau untersuchten Substanzen aus zwei Gewürzen, das Senföl des Senfs und das Piperin des Pfeffers, so sind auch die von Jürs untersuchten Substanzen aus der Muskatnuß und der Petersilie, das Myristicin und Apiol, sowie das künstlich hergestellte Isomyristicin in großen Dosen erheblich giftig und schädigen namentlich die Leber. Eintritt phosphorartiger Fettanreicherung der erkrankten Leber ist nichts Seltenes. In kleinen Dosen sind diese Stoffe dagegen Bestandteile wohlschmeckender Genußmittel und heilsamer Arzneien.

Sehr auffallend ist, daß mehreren Volksabortivmitteln die Wirkung zukommt, Leberverfettung zu machen, nämlich dem Phosphor, der Poleiminze, der Thuja und der Muskatnuß. — (Berichte von Schimmel & Co., 1904.) F. L.

Wirken die Gewürze auf die Leber? Von Dr. Otto Carlau. (Aus dem Institut für Pharmakologie und physiologische Chemie zu Rostock.)

Während im Senf das die Giftwirkung Bedingende unzweifelhaft das ätherische Oel selbst ist, ist beim Pfeffer das ätherische Oel an der Giftwirkung wenig oder gar nicht, an der als Genußmittel aber wohl beteiligt. Die Giftwirkung des Senföles betrifft, wie die des Pfeffers (von der Schleimhaut des Magen-Darmkanals abgesehen), vornehmlich die Leber. Bei Senf ist diese Wirkung vermutlich viel stärker, wenn das Senfmehl innerlich gegeben wird; aber sie fehlt selbst dann nicht, wenn das Senföl unter die Haut gespritzt wird, obwohl es ja von hier aus der Leber lang nicht so unmittelbar und so konzentriert zuströmen kann, wie vom Magendarmkanal aus. Auch Verdünnung mit fettem Oel vor der Einspritzung unter die Haut hindert die Senfölwirkung nicht. Diese Wirkung besteht in entzündlicher Reizung mit Rundzellenanhäufung und in degenerativen Veränderungen der Leberzellen, die sich bis zur Nekrose steigern können und herdweise auftreten. Vf. konnte diese Wirkung sowohl an Meerschweinchen als an Kaninchen nachweisen. Von Fettleber war trotz der eingespritzten reichlichen Fettmengen nichts nachweisbar. Beim Pfeffer ließ sich ebenfalls eine schwere Schädigung der Leber, die bis zur Bildung nekrotischer Inseln sich steigern kann, an Tauben und Hühnern nachweisen. Im Gegensatz zum Senf war aber wenigstens bei Hühnern die Tendenz zu phosphorartiger Fettleberbildung vorhanden. Da Stoffe aus ätherischen Oelen, wie Myristicin, Pulegon und Thujon, gerade diese Wirkung nicht selten haben, ist es doppelt auffällig, daß das Pfefferöl an dieser phosphorartigen Wirkung unbeteiligt ist. Der Hauptanteil an der Giftwirkung des Pfeffers kommt dem Piperin zu. — (Berichte von Schimmel & Co., 1904.) F. L.

Der Einfluß niedriger Temperaturen auf die Verdauungskraft des Pepsins ist von A. Bickel geprüft worden, welcher fand, daß z. B. das Pepsin des Hundemagens selbst eine viertelstündige Einwirkung der Temperatur der flüssigen Luft verträgt (zirka — 160°), ohne merkliche Einbuße an seiner eiweißverdauenden Kraft zu erleiden. Höhere Temperaturen verringern dieselbe bekanntlich sehr bald; bei etwa 100° C. ist sie in Pepsinlösungen ganz aufgehoben. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 35, 1905.) F. L.

Die Verwendung von Fischen zur Verpflegung des Soldaten. Von Oberarzt Dr. Engelbrecht. (In dienstlichem Auftrage bearbeitet.)

Die Arbeit ist nicht nur an und für sich interessant genug, um hier in ihren

Ergebnissen referiert zu werden, sondern sie hat infolge der augenblicklichen „Fleischnot" auch noch ein ganz aktuelles Interesse. Engelbrecht kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Unter der notwendigen Berücksichtigung der Abfälle ist der Nährstoffgehalt sämtlicher frischer Fische erheblich geringer, als der des Fleisches, während die Konserven teils ebensoviel, teils sogar mehr Nährstoffe wie das Fleisch enthalten. 2. Da der Nährstoffgehalt durch die Größe der Abfälle beeinflußt wird, sind genaue Ermittlungen der Abfälle am Soldatentisch erwünscht. 3. Der Wert der frischen und konservierten Seefische, gemessen am Rindfleisch, liegt so, daß er durch die tatsächlichen Preise mit Einschluß der Unkosten selbst für die entferntesten Garnisonen fast nie erreicht wird und deshalb eine Verwendung ökonomisch erwünscht erscheinen muß. Besonders gilt dies von den großen kopflosen Fischen und Konserven. Die Süßwasserfische sind dagegen so teuer, daß eine Verwendung (beim Militär. Ref.) ausgeschlossen ist. 4. Das Fischfleisch ist durchweg etwas schwerer verdaulich als Rindfleisch, mit Ausnahme der sehr leicht verdaulichen Räucherfische (?? Ref.). Die Gesamtausnützung an Nährstoffen ist dieselbe wie beim Rindfleisch. 5. Die Sättigung ist genügend, sofern die Portionen genügend sind. 6. Feststellung der Portionensätze nach Maßgabe der unter Berücksichtigung der Abfälle gefundenen Nährstoffzahlen ist für jede Fischart erforderlich. 7. Die Gefahren einer Beeinträchtigung der Gesundheit sind beim Fischgenuß in Deutschland schwerlich größer als beim Fleischgenuß, namentlich bei hinreichender Vorsicht. 8. Große Unannehmlichkeiten liegen in der Bezugsart, können aber ebenfalls durch Vorbeugungsmaßregeln und namentlich durch ein Entgegenkommen der Eisenbahnbehörden vermindert werden. 9. Bei sorgfältiger Vorbereitung, die sehr zeitraubend ist, und bei geeigneter Zubereitung ist die Fischkost durchweg sehr schmackhaft und geeignet, als willkommene Abwechslung für Fleischkost einzutreten. 10. Die Verwendung als Kriegsverpflegungsmittel beschränkt sich nur auf einige Konserven, deren Benützung der Abwechslung wegen sehr erwünscht erscheinen muß. 11. Der Fischreichtum der Binnengewässer und der Ostsee gestattet mit Ausnahme der Ostseehäringe keine allgemeine Verwendung ihrer Fische für die Armee. Dagegen gestattet der Fischreichtum der Nordsee eine beträchtliche Steigerung des bisherigen Konsums von 0·8 kg pro Kopf und Jahr auf vorläufig zirka 4 kg frische und von 3·2 kg auf zirka 5 kg konservierter Fische. — (Der Militärarzt, Nr. 7, 1905.) F. L.

Das Magengeschwür. Von Dr. W. N. Clemm in Darmstadt.

Die klassische Trias der Symptome ist nach der übereinstimmenden Erfahrung der maßgebenden Autoren seltener anzutreffen, als die unklaren, zweifelhaften Fälle. Diese Trias umfaßt: 1. einen scharf örtlich begrenzten, in regelmäßigen Zeiträumen nach der Nahrungsaufnahme auftretenden und durch bestimmte Druckpunkte in der Vorderbauchgegend und auf der linken Rückenseite charakterisierten Schmerz; 2. heftiges salzsaures Ebrechen und 3. Bluterbrechen. (Ewald.) Nach Vf. kommt als vierter Punkt hinzu die überschüssige Salzsäure, welche in der Pathogenese des Geschwüres eine wichtige Rolle spiele, da eigentlich erst durch sie das schleichend sich entwickelnde Geschwür hervorgerufen werde.

Die Entwicklung dieser Krankheitszeichen schildert Vf. im Anschluß an Riegel folgendermaßen: Zunächst besteht einfache Dyspepsie mit leichtem Druck nach dem Essen, abhängig von der Art der Nahrung; deshalb beschuldigt auch Penzoldt grobe Kost: schlechte Zubereitung, ungenügendes Kauen, schlechte Auswahl der Nahrung, der wesentlichen Veranlassung zu der Geschwürenentstehung. Allmählich steigern sich die Beschwerden: der Druck wird heftiger, es kommt zu krampfartigen Schmerzanfällen mit Erbrechen, schließlich tritt Blut im Erbrochenen und im Stuhl auf, meist teerartig schwarz gefärbt durch die

sofortige Reduktion des Hämoglobins im salzsauren Magensaft zu Hämatin. Charakteristisch ist die periodische, von der Nahrungsaufnahme abhängige Wiederkehr der Schmerzen, meist verhältnismäßig bald nach dem Essen, sehr selten schon während desselben, am häufigsten eine halbe Stunde bis zwei Stunden danach. Die heftigen Schmerzen führen häufig zu Angst vor der Nahrungsaufnahme; es kommen daher oft schwere Kachexien bei reinem Ulkus vor, die an Krebs denken lassen. In diesem Falle ist der Nachweis von Uebersäure entscheidend für reines Ulkus. Schmerzen, Blutungen und Erbrechen können beiden Krankheiten gemeinsam sein, die Uebersäure nicht. Die sehr umfangreichen (aber trotzdem nicht vollständigen Ref.) differentialdiagnostischen Auslassungen des Vf. können hier nicht in wünschenswertem Umfang referiert werden. Sehr wichtig ist (Ewald) das Aussehen der Zunge für die Differentialdiagnose: eine frischrote, feuchtglänzende, nicht belegte Zunge findet sich bei Uebersäure und mithin bei unkompliziertem Ulkus; Krebskranke haben eine weißbelegte, trockene Zunge, deren Belag gleichmäßig hautartig sich über das Organ hinzieht. Bei nervösen Zuständen ist die Zunge rissig, besonders an den Seiten und an den Rändern zerklüftet und hauptsächlich in der Mitte belegt. (Der Autor legt besonderen Wert auf den eigentümlichen, schmutzig-graugelblichen Belag, welcher sich bei Gallensteinkranken häufig finden läßt.)

Wie überall in der Therapie, so ganz besonders beim Magengeschwür, bringt frühzeitige Erkennung des Leidens allein die Gewährschaft für eine rechtzeitige Behandlung. Frühzeitig ist einem kranken Magen möglichste Ruhelage zu sichern. Hiezu ist eine gutgearbeitete Binde oder besser noch Anlegung von Heftpflasterstützverbänden bei Zeiten zu verordnen; der Verband gibt die Gewähr, daß nicht gelegentlich aus Bequemlichkeit, aus Nachlässigkeit oder aus Hast die Stützbinde vergessen wird. Alle schwereren Fälle gehören ins Bett. Sofortige Kräftigung durch Wahl geeigneter, schonender und blutbildender Nahrungsmittel muß das Ziel der rationellen Ulkusbehandlung bilden. Ist Blutleere Blutarmut und Bleichsucht nebst Uebersäure die Ursache des chronischen Geschwüres, so hat die Behandlung in erster Linie sich dagegen zu richten durch Wahl einer möglichst chlorarmen, aber möglichst konzentrierten Diätotherapie.

Die Nachkur hat eine langdauernde Schonung des Magens vor mechanischen, thermischen und chemischen Reizen durchzuführen. — (Würzburger Abhandlungen, Bd. 5, H. 5 u. 6, 1905.) F. L.

Ueber Eingreifen bei der Perityphlitis.

Von Prof. Dr. Karl Steinthal in Stuttgart.

Vf. hat in den letzten sechs Jahren auf der chirurgischen Abteilung des Diakonissen-Krankenhauses in Stuttgart 127 Appendizitis-Fälle behandelt, von denen nur neun nicht operiert wurden. Er faßt seine an diesem und dem außerhalb des Krankenhauses beobachteten Material gesammelten Erfahrungen folgendermaßen zusammen: 1. Für unser operatives Einschreiten bei der Appendizitis unterscheiden wir für gewöhnlich zwei Hauptarten von Operationen, die sogenannte Intervalloperation und die Operation im Anfall. Die erstere soll erst dann vorgenommen werden, wenn der vorausgegangene Anfall völlig abgeklungen und das Allgemeinbefinden des zu Operierenden ein entsprechend gutes ist; wenn also die lokalen und allgemeinen Symptome völlig zurückgetreten sind. Der genaue Zeitpunkt für die Intervalloperation läßt sich in Ziffern nicht angeben, er hängt von der Natur des vorausgegangenen Anfalles ab. War derselbe leicht und streng auf den Wurmfortsatz beschränkt, also eine Appendizitis κατ' ἐξοχήν, so kann die Radikaloperation schon nach 1—2 Wochen zulässig sein; hatte die Entzündung auf die Umgebung des Wurmfortsatzes übergegriffen, unter deutlicher Geschwulstbildung, so muß deren völlige

Rückbildung erst abgewartet werden. Bei der chronischen Form der Appendizitis, respektive Perityphlitis, kann jederzeit eingegriffen werden, da die Kranken doch nicht in eine gute Rekonvaleszenz kommen, ehe die Ursache ihres Leidens entfernt ist. Für den Zeitpunkt der Operation im Anfall ist es bedeutungsvoll, folgende Gesichtspunkte festzuhalten: Wir sind zur Zeit noch nicht in der Lage, im Beginn der Erkrankung aus den Symptomen die bösartigen von den gutartigen Fällen zu trennen, weil die schwersten und verhängnisvollsten Veränderungen am Wurmfortsatz anfänglich nahezu symptomlos verlaufen können. Das Schicksal der Erkrankten entscheidet sich in der Regel in den ersten 48 Stunden nach dem Anfall insofern, als die Entzündung entweder auf den Wurmfortsatz beschränkt bleibt, respektive beim Uebergreifen auf die Umgebung eine schützende Abkapselung sich einstellt, oder diese kommt nicht zustande und die Entzündung kann sich ungehindert in der freien Bauchhöhle ausbreiten. Trotz guter Abkapselung kann auf dem Wege der Lymphbahn ein Weiterschreiten des Prozesses stattfinden. Die Symptome werden erst vom zweiten bis dritten Tage deutlicher; in diesem zweiten Stadium kann man auf streng lokalisierte Appendizitis, respektive Perityphlitis schließen, wenn sich die allgemeinen und lokalen Symptome in mäßigen Grenzen halten, während ein Uebergreifen der Entzündung auf die freie Bauchhöhle die Allgemeinsymptome in den Vordergrund treten läßt: der rasche Puls, die schweren Störungen des Allgemeinbefindens stehen oft in einem auffälligen Gegensatz zu den lokalen Symptomen, von denen die Schmerzhaftigkeit der Ileocökalgegend manchmal das einzige sein kann. Ein zunächst abgekapselter perityphlitischer Abszeß kann bei weiterem Wachsen schwache Adhäsionen sprengen und die Bauchhöhle mit massenhaftem virulenten Material überschwemmen.

Aus diesen Erfahrungen heraus läßt sich die Forderung verstehen, um allen Komplikationen vorzubeugen, beim akuten Anfall innerhalb der ersten zwei Tage den erkrankten Wurmfortsatz zu entfernen, womöglich, so lange die Veränderungen noch innerhalb des Organes sich abspielen.

Demgegenüber ist einzuwenden, daß über 80% der Fälle bei sachgemäßer, interner Behandlung ausheilen; da wir im Anfall an k r a n k e n Menschen operieren, kann die Frühoperation nie den ungefährlichen Charakter wie die Intervalloperation haben, die in der Regel an g e s u n d e n Menschen vollzogen wird; Konstitution des Kranken und sein Aufenthaltsort können die Operation problematischer erscheinen lassen, wie die Erkrankung. — In der nicht operativen Behandlung der Appendizitis sollte nach S t e i n t h a l an Stelle des Eises der warme Wickel treten und das O p i u m nur einen ganz beschränkten Gebrauch finden; die R u h i g s t e l l u n g d e s D a r m e s erzielt man am besten durch möglichst geringe Nahrungsaufnahme. — (Med. Korr.-Bl., Nr. 21, 1905.) F. L.

Leukozytose, leukopoetische Organe und Immunität. Von G. L. S a c c o n a g h i.

Die umfangreiche, mit genauer Kenntnis der Literatur angefertigte Arbeit soll Klarheit über den Zusammenhang zwischen Leukozytose und Immunität bringen, sowie einen Beitrag zur Frage liefern, ob diese Leukozytose lediglich eine Ausschwemmung aus den leukopoetischen Organen oder Neubildung dortselbst bedeutet. Als Maßstab des Ganges einer Immunisierung diente die Präzipitinreaktion (Einspritzung von Pferdeserumalbumin beim Kaninchen). Jede Injektion bewirkte nach kurzer Hypoleukozytose (bis 1900 Leukozyten) eine hochgradige Hyperleukozytose (bis 27.200 Leukozyten); sich selbst überlassen, geht sie langsam zurück, während erneute Einspritzungen sie auf der Höhe halten. Die Hyperleukozytose betrifft besonders die Neutrophilen. Irgend eine Beziehung zwischen diesen Leukozytenveränderungen und der spezifischen Immunitätsreaktion ist nicht festzustellen; letztere erscheint vielmehr zu irgend einem recht späten Zeitpunkt, ohne daß dabei irgend eine Veränderung der Zahl oder des Verhältnisses der Leukozyten vor sich geht. In dem Stadium der Hypo- und der Hyperleukozytose, die den

ersten Einspritzungen folgen, zeigt sich in dem Knochenmark und den anderen leukopoetischen Organen weder Vermehrung noch Verminderung der zytologischen Elemente, die mit den Bewegungen der Leukozytenanzahl in Beziehung gebracht werden könnte; es läßt sich nur im Knochenmark ein Ueberwiegen der Myelozyten über die Neutrophilen, eine Vermehrung der sogenannten Metroleukozyten (große Zellen mit reichlichem Plasma ohne Granulationen) sowie der Kariokinesen feststellen. Nach einer gewissen Zeit, besonders wenn die Immunitätsreaktion schon erschienen ist, findet im Mark eine stark Hyperplasie statt: sie betrifft sowohl Neutrophile wie Lymphozyten, besonders prädominieren wieder die Myelozyten, ferner reichlich Metroleukozyten und Vermehrung der Bizzozeroschen Zellen. Auch in Milz und Lymphdrüsen erscheinen Kariokinesen und myelozytische Elemente. Es ergab sich also, daß kein direkter Zusammenhang zwischen Immunität und Leukozytose besteht, ferner, daß in der Tat eine Proliferation der leukopoetischen Organe stattfindet, und daß diese einen direkten Zusammenhang mit dem Immunitätsvorgang zu haben scheint. — Einzelheiten der Arbeit lassen sich nicht in einem kurzen Referat wiedergeben. — (Il Morgagni, H. 3 bis 5, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber den Einfluß akuter Infektionskrankheiten auf die Leukämie und die therapeutische Verwertung derselben. Von Ferruccio Schupfer.

Ein Fall von Lymphozytenleukämie wurde von einer akut verlaufenden, diffusen Phthise, ein zweiter von einem tuberkulösen Pleuraexsudat nicht beeinflußt. In einem Falle von gemischtzelliger Leukämie gingen im Verlauf eines Erysipels mit Ikterus die Drüsenschwellungen zurück, um aber nach Ablauf des Erysipels von neuem aufzutreten. Eine schwere Enterokolitis verminderte in einem weiteren Falle die Leukozytose beträchtlich, doch behielt das Blut seinen leukämischen Charakter. Eine schwere, zum Tode führende fibrinöse Bronchitis mit Exsudat ließ die Leukämie unbeeinflußt. — In einem 6. Fall wurde der Versuch gemacht, eine gemischtzellige Leukämie durch Infizierung mit Malaria (quartana) günstig zu beeinflussen. Wenn auch die Leukozytose geringer wurde, wurde der Zustand des Kranken jedenfalls eher verschlimmert als gebessert, so daß vor einer derartigen Therapie zu warnen ist. — (Il Policlinico, April 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die abdominelle Massage als Diuretikum. Von L. Grandi.

Mitteilung mehrerer Fälle, die durch Effleurage des Leibes günstig beeinflußt wurden. Ein Fall von primärem rheumatischen Aszites wurde täglich 10 Minuten lang massiert; schon nach zwei Tagen stieg die Harnausscheidung auf 2 l; in 14 Tagen war der Erguß völlig resorbiert. Bei einer Alkoholzirrhose hob sich die Diurese von 400 cm^3 in wenigen Tagen auf 2 l, und der Erguß verschwand in drei Wochen. Ein ähnlicher Erfolg wurde in einem Fall von Pleuraexsudat und zwei Fällen tuberkulöser Bauchfellentzündung erzielt; alle wurden geheilt. — Wahrscheinlich wird durch die Massage infolge von Splanchnikusreizung die Nierenzirkulation beeinflußt. — (Riv. intern. di Ter. phis. Nr. 3, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber die bakterizide Kraft des Eiters und den Mechanismus ihrer Wirksamkeit. Von R. Binaghi.

Die bakterizide Wirkung des Eiters auf den Milzbrandbazillus wird in vitro durch eine 30 Minuten dauernde Erwärmung auf 56° zerstört; Zufügung neuen Eiters läßt sie wieder aufleben. Sie wird neutralisiert durch ein Antiserum, das man erhält, wenn man die Tiere durch auf 56° erhitzten Eiter immunisiert; auch dann lebt sie wieder auf, wenn man Eiter von 56° in Ueberschuß zufügt. Sie wird also durch die Gegenwart von Substanzen bedingt, welche sich wie die gewöhnlichen Hämolysine des Serums verhalten, also enzymatischer Natur sind. — Auch in dem bei 56° inaktivierten Eiter stirbt der Milzbrandbazillus schließlich ab; dies

hängt aber nicht mit der Wirksamkeit hitzebeständiger oder bakteriolysinartiger Substanzen zusammen, sondern mit einer richtigen Autolyse der Bakterienzelle. — Die Sterilität geschlossener Abszesse, die ihren Ursprung Bakterien verdanken, ist also sowohl auf die Wirksamkeit bakterizider Alexine als auch auf die Autolyse der Bakterien selbst zu beziehen. — (Il Policlinico Sez. chir., H. 5, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Gallenabscheidung nach Einfuhr von Eiweiß und Fett beim Menschen. Von Fr. Randone.

Die Untersuchungen wurden an einem Patienten mit kompletter Gallenfistel angestellt; er war von der Operation völlig geheilt; die Probekost wurde nach 18stündigem Fasten verabreicht. Es ergab sich, daß die Einführung von Nahrungsmitteln die Gallenabscheidung beträchtlich vermehrte; die Vermehrung begann kurz nach dem Essen und erreichte ihren Höhepunkt gegen die dritte Stunde. Die Verabreichung von Eiweißsubstanz veränderte nicht das Verhältnis von Gallenmenge zu Urinharnstoff, wie er vor dem Essen bestand. Die Einführung von Fett vermehrte stark, aber weniger als die von Eiweiß, die Gallenabsonderung, und zwar nicht gleich nach der Einführung, sondern gegen das Ende der ersten Stunde, mit Höhepunkt in der vierten Stunde. Die Einführung von Fett bewirkte eine Verminderung des Harnstoffes gegenüber der ausgeschiedenen Gallenmenge. — (Il Policlinico, Sez. chir., H. 2, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Einwirkung des Sauerstoffs auf die Infektion mit Staphylokokken. Von P. Bovo.

Bei der Heilwirkung des Sauerstoffes bei Infektionskrankheiten könnte es sich um drei Dinge handeln: um eine antiseptische Wirkung auf die Bakterien selbst, eine antitoxische und eine erregende auf den Stoffwechsel und die Zellen des infizierten Individuums. Die mit Staphylokkeninfektion angestellten experimentellen Untersuchungen ergaben nun, daß dem Sauerstoff keine antiseptische Wirkung zukommt; die Infektion mit Staphylokokkenkulturen, die mit Sauerstoff vorbehandelt waren, unterschied sich nicht von der mit unbehandelten Kulturen; die lokale Sauerstofftherapie konnte ebenfalls nicht die Keime zum Absterben bringen, nicht einmal die Generalisierung der Infektion verhindern. Dagegen läßt sich nicht leugnen, daß der Sauerstoff eine leichte antitoxische Wirkung hat. Allerdings, tödliche Toxindosen werden kaum beeinflußt; dagegen ist bei nicht tödlichen Dosen die thermische Reaktion weniger intensiv und weniger lange dauernd; die antitoxische Wirkung ist ausgesprochener für die Proteine als für die Toxine. — Mehr als all dies in Betracht kommend ist die anregende Wirkung auf den Stoffwechsel, die sich vor allem in einem rasch eintretenden und beträchtlichen Gewichtsverlust zeigt, und zwar trotz reichlicherer Nahrungsaufnahme, als sie bei den Kontrolltieren statthatte. Dieses Phänomen wurde jedoch kompensiert durch die geringere Schwere der Allgemeininfektion, und in drei Fällen erfolgte Heilung durch Sauerstoffinjektionen, während die Kontrolltiere starben. — (La Clinica Med. Ital., Nr. 5, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Behandlung des Diabetes mellitus. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. B. Naunyn in Straßburg (Baden-Baden).

Die Aufgabe der Behandlung hat die Toleranz (id est Größe der Zuckerzersetzung im Stoffwechsel) möglichst weit, jedenfalls, wenn möglich, so weit zu bessern, daß der Kranke bei genügender Ernährung für gewöhnlich Zucker gar nicht oder nur zeitweise in ganz geringen Mengen ausscheidet. Eine Besserung der Toleranz kann man erreichen durch Schonung der daniederliegenden Funktion, d. i. dadurch, daß man den Stoffwechsel, und speziell den Zuckerstoffwechsel möglichst wenig in Anspruch nimmt. Vf. stellt folgende Grundsätze auf:

1. Für die leichten Fälle: Der Kranke soll zuckerfrei gemacht werden und ein Vierteljahr lang, besser so lange zuckerfrei gehalten werden, bis man sicher



ist, daß zunächst keine Neigung der Glykosurie zur Steigerung besteht. Weiter soll eine dauernde Steigerung der Glykosurie über 0·5% nie gestattet werden; vorübergehende, selbst nicht ganz geringe Steigerung ist weniger zu fürchten, doch darf sie nicht häufig vorkommen.

2. Die Fälle der Mittelform sind noch ernster zu nehmen. Sie sind ebenfalls zuckerfrei zu machen und durch längere Zeit, eventuell durch fortgesetzte strenge Behandlung, zuckerfrei zu halten; jede leichte und vorübergehende Steigerung der Glykosurie kann hier schnell unter fernerer Schädigung der Toleranz weiter wachsen und gefährlich werden.

(Die schweren Fälle von Diabetes gehören nach Ansicht des Vfs. in Krankenhausbehandlung.)

Bei der Vorschreibung der Diät muß darauf geachtet werden, daß der Kranke zwar genug, aber nicht „zu viel" bekomme, es ist daher die Kostordnung mit Rücksicht des Kalorienbedarfes qualitativ und quantitativ aufzustellen.

Ein Beispiel: Ein nicht angestrengt arbeitender Mensch braucht bei einem Körpergewichte von 130 bis 140 Pfund 2500 Kalorien. Wenn man dem Kranken pro Tag 400 g gebratenes Fleisch, 3 Eier, 400 g Gemüse und Salat, 80 g Butter, 100 g Brot, 80 g Käse, 300 g Milch, 100 g Rahm, 1 große Apfelsine oder 100 g Himbeeren oder Preißelbeeren, $^{1}/_{2}$ l Wein oder 60—80 g Kognak gibt, so hat er eine vollkommen zureichende Kost, selbst wenn er noch 100 g Zucker ausscheidet. Den ausgeschiedenen Zucker muß man, zu 4 Kalorien berechnet, von dem Bruttowert der genommenen Nahrung abziehen, um zum Nettonährwert für den Diabetiker zu kommen, und wenn dann dieser Nettowert unter 2500 Kalorien sinkt, muß durch weitere Fettzulage Hilfe geschaffen werden.

Für die weitere Behandlung muß man noch eine besondere Bilanz der Kohlehydrate aufstellen: Scheidet der Kranke bei seiner Kost mit 100 g Brot 100 g Zucker aus, so ist die Brotration zu verkleinern. Am besten geht man auf 20—30 g herunter; sinkt damit der Zucker auch auf unter 20 g herunter, so hat man gewonnenes Spiel. Nach einigen Tagen wird die Milch weggenommen, dann wird er gewiß zuckerfrei. Eventuell kann auch die Fleischration auf 200—300 g beschränkt werden. Sehr brauchbar ist die Einschaltung eines Hungertages: es wird dadurch nicht nur ein Verschwinden des Zuckers, sondern oft eine erfreuliche Besserung der Toleranz erzielt.

Der Kranke muß jetzt, wenigstens 14 Tage lang, auf der Kost gehalten werden, bei der er zuckerfrei wurde; geschah das erst nach einem Karenztage, so wird er während dieser 14 Tage auf Milch- und Brotabstinenz gehalten; dann beginnt man, ihn wieder an Kohlehydrate zu gewöhnen, indem sukzessive und sehr vorsichtig eine bestimmte Qualität Milch oder Brot unter genauer Kontrolle des Harnes bewilligt. Man kommt bald an die Grenze der Toleranz, jenseits deren nun jede weitere Zulage von Brot oder Milch immer wieder Zuckerausscheidung bewirkt; dann ist die Kur beendet — der Kranke geht mit der Kost, bei der er zuletzt zuckerfrei war, in die „Pflege" über, und zwar entweder zuckerfrei, als „geheilt" oder als gebessert, mit einer bestimmten täglichen Zuckerausscheidung, bei der er mit seiner bestimmten Nahrung auskommt und leistungsfähig ist.

Selbstverständlich muß der Kranke fortgesetzt unter Beobachtung bleiben. Tritt beim Geheilten wieder einmal Zucker, beim Gebesserten eine geringe Steigerung der Zuckerausscheidung über das „erlaubte" Maß ein, so ist eine knappere Bemessung der Diät, eventuell die Einschaltung eines Fasttages, dringend anzuraten, in ähnlicher Weise, wie früher besprochen wurde.

Bei strenger Durchführung der diätetischen Behandlung kann Azidose und Gefahr des Koma auftreten! Man unterlasse nicht, bei jeder Zuckerprobe auch die Gerhard'sche Reaktion auf Azetessigsäure mit Eisenchlorid auszuführen. Besteht Azidose, so gebe man täglich 10—15 Natriumbikarbonat und lasse sich in der Behandlung noch nicht stören. Wird aber die Reaktion von Tag zu Tag stärker, so unterbreche man die Kur, gebe reichlich

Natriumbikarbonat, Früchte und viel Milch, auch Brot. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 25, 1905.) Laub.

Physikalische Therapie.

Ueber die Einwirkung der Endofaradisation und Endogalvanisation des Magens auf Sekretion, Motilität und Sensibilität. Von Dr. A. Borri.

Die Sekretion wurde in der Weise geprüft, daß Patient nach Entleerung des Magens ein Glas Wasser trank, darauf eine Viertelstunde elektrisiert wurde und darauf wieder ausgehebert und der Salzsäure- und Pepsingehalt bestimmt wurde. Derselbe war ebenso hoch, wenn die Sonde, ohne zu elektrisieren, eingeführt wurde. Das Elektrisieren bildet also kein spezifisches Reizmittel für die Sekretion. Ebensowenig wurde die Motilität beeinflußt. Von der gleichen Probemahlzeit war, nach bestimmter Zeit, wenn inzwischen eine Viertelstunde elektrisiert wurde, noch ebensoviel im Magen, wie wenn dies nicht geschah. Einen deutlichen Einfluß hatte aber die Endogalvanisation, nicht die Faradisation, auf die Sensibilität. In mehreren Fällen von Hyperazidität und nervösem Magenschmerz wurden die subjektiven Symptome erheblich gebessert. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26, 1904.)
Dr. Buxbaum.

Ueber positive Voltaisation der Haut zur Behandlung von Aneurysmen. Von Britto-Bohia.

Zur Behandlung ist eine Batterie von 24 Elementen mit 40—250 M.-A. erforderlich, die mit Rheostat und einem Galvanometer, der 250 M.-A. abzulesen gestattet, versehen ist. Die Elektroden, mit Leder gedeckt, sind 8 × 11 und 11 × 16 (positiv) und 16 × 24 (negativ) groß. Die positive Elektrode wird auf den Tumor oder in dessen nächste Nachbarschaft gebracht, die negative auf der entgegengesetzten Seite appliziert. Der Strom wird langsam eingeleitet, bis eine Intensität von 30 M.-A. erreicht ist, wobei die Toleranz sowie die Empfindlichkeit des Patienten bei der jeweiligen Bemessung der Stromstärke berücksichtigt werden müssen. Nach 20 Minuten schließt man vorsichtig den Strom aus. Bei sehr widerstandsfähigen Patienten kann man 30 M.-A. eine halbe Stunde hindurch anwenden; als unterste Grenze der Applikation gelten 20 M.-A. durch 10 Minuten. Die Sitzungen werden täglich vorgenommen, bis deutliche Besserung erzielt wird, was höchstens zwei Monate beansprucht. Wenn die Schmerzen oder andere lästige Symptome vollständig geschwunden sind, so empfiehlt es sich, die Zahl der wöchentlichen Sitzungen auf drei zu reduzieren. Sehr vorteilhaft ist es, den Kranken in seiner Wohnung zu behandeln, weil dadurch am besten dem wichtigsten therapeutischen Bedürfnisse nach Ruhe entsprochen werden kann. In Fällen, wo die elektrische Behandlung nicht genügend lange fortgesetzt werden kann, empfiehlt man dem Patienten eine durch lange Zeit fortgesetzte Jod-, Milch- und vegetabilische Kur. Die Heilwirkung der elektrischen Behandlung beruht darauf, daß sie sowohl die Verdickung der Wände des Aneurysmas, als auch die Gerinnselbildung fördert. — (Le bull. med. Nr. 17, 1904.)
Dr. Buxbaum.

Chirurgie.

Das Manifestwerden latenter Darmstenosen infolge Peritonealinfektion. Von Dr. Ernst Fuchsig in Schärding. (Aus dem Kaiser Franz Josef-Spital in Wien.)

Vf. berichtet über 3 Krankheitsfälle, die kurze Zeit post operationem unter Ileuserscheinungen ad exitum kamen (2 Herniotomien, 1 traumatische Darmruptur); sämtliche Fälle litten seit Jahren an Hernie, die oft reponiert werden mußten. Im Anschluß daran war es, wie die Sektion (und einmal eine am nächsten Tag ausgeführte Laparotomie erwies) ergab, zu ausgedehnter Verklebung von Darmschlingen gekommen, die aber nie klinische Symptome gemacht hatte. Erst die an die Operation sich anschließende, übrigens stets ziemlich leichte Peritonitis löste dann so starke stenotische Erscheinungen im Gebiet dieser Konvolute aus.

daß die Patienten daran zugrunde gingen. Auch für manche Fälle von Perityphlitisoperationen kommt dieser Modus in Betracht. — (Wien. klin. Rundschau, Nr. 8, 1905.) Lewisohn, Heidelberg.

Zur Statistik der Frühoperation bei Perityphlitis. Von Dr. H. Askanazy in Königsberg.

Auf Grund einer Literaturzusammenstellung von 632 Fällen von Frühoperationen (d. h. binnen 48 Stunden) bei Appendizitis rät Vf. dringend zu raschem Eingreifen, da die klinischen Symptome oft im Stich lassen und keinen sicheren Anhaltspunkt geben. Aus der Statistik ergibt sich ferner, daß die Sterblichkeit für den 2. Krankheitstag bereits doppelt so groß ist, wie für den ersten. — (Deutsche Aerzte-Ztg., H. 12, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Zwei Fälle von Ulcus duodeni, behandelt mit Gastroenterostomie. Von Dr. Frederic Eve in London.

Vf. konnte in beiden Fällen dadurch, daß er nach breiter Eröffnung des Magens die innere Magenwand über den Pylorus hinaus abtastete, ein Ulcus duodeni konstatieren. Ob diese Ulcera nicht auch von außen hätten palpiert werden können, ist aus der Veröffentlichung nicht zu entnehmen. Die breite Eröffnung des Magens und das Hineinführen von Fingern — oder, wie im 2. Fall, der ganzen Hand in das Innere des Magens, erhöht jedenfalls die Infektionsgefahr für das Peritoneum beträchtlich. Beide Fälle kamen übrigens durch Gastroenterostomie zur Ausheilung. — (British medical journal, 1905.) Lewisohn, Heidelberg.

Die Behandlung der chronischen Kolitis mittels Appendikostomie, resp. Cökostomie. Von Dr. Willy Meyer in New-York.

Vf. tritt gegenüber anderen Autoren, die ja bekanntlich bei dieser so überaus schmerzhaften und chronischen Erkrankung einen künstlichen After am Cökum anlegen, um so nicht nur eine bequeme Irrigation des gesamten Kolon zu ermöglichen, sondern auch die Kotpassage wenigstens für längere Zeit zu eliminieren, für die Behandlung mittels Appendikostomie, oder, falls der Appendix sich als obliteriert oder sonst nicht geeignet erweist, mittels Cökostomie ein. Diese Operationsmethoden erlauben eine ausgiebige Durchspülung des gesamten Dickdarms, ersparen aber den Patienten die Miseren des Anus artificialis. Vf. hat diese Methoden im Laufe der letzten 3 Jahre fünfmal angewandt bei katarrhalischer Kolitis, bei Tuberkulose und Lues des Kolon und bei Amöbendysenterie und berichtet an Hand von ausführlichen Krankengeschichten über die im allgemeinen sehr guten Erfolge. Die Appendikostomie wird in der Weise angelegt, daß man entweder den Appendix an seiner Basis abträgt und den Stumpf mit der äußeren Haut vernäht oder daß man nur die Spitze abschneidet und den übrigen Teil zwischen Muskulatur und Haut hindurchleitet; auf letztere Weise wird ein sichererer Verschluß des Lumens gewährleistet und so das Austreten von Darminhalt besser hintangehalten. Die Spülung geschieht leicht mit Nélatonkathetern vom 2. Tage ab; bis dahin wird die Oeffnung mittels provisorischer Ligatur verschlossen gehalten. Zur Ausspülung verwendet man, je nach der Natur des Leidens, Argentum nitricum, resp. Jodoform, Perubalsam oder ähnliches. Vf. warnt auf Grund seiner Erfahrungen vor zu frühem Schluß der Oeffnung, die übrigens mittels Thermokauters leicht zu bewerkstelligen ist. — (The medical news, Nr. 9, 1905.)

Lewisohn, Heidelberg.

Zur Frage des Coma diabeticum nach operativen Eingriffen. Von Dr. Erwin Ruff. (Aus der chirurg. Abteilung des Spitals der Wiener allg. Poliklinik.)

Die beiden großen Gefahren bei operativen Eingriffen an Diabetikern sind die Wundgangrän, die infolge der den Diabetes so häufig begleitenden Arteriosklerose sehr leicht, speziell bei Fehlern der Asepsis, eintritt und das Koma. Man wird daher sich nur schwer zur Operation bei bestehendem Diabetes entschließen und nur wirklich dringende Operationen machen. Im Anschluß an einen Fall von

Perityphlitisoperation, der 30 Stunden post operationem im Koma starb, bespricht Vf. die verschiedenen Theorien über das Entstehen des Koma nach Operationen. Die große Bedeutung, die früher der Allgemeinnarkose in dieser Frage zugeschrieben wurde, besteht in dem Maße nicht mehr zu Recht, da auch Fälle von Koma nach Lokal-, resp. Lumbalanästhesie beschrieben sind. Interessant ist, daß speziell nach Myomoperationen und nach Entleerung von Eiterherden (Pyosalpinx etc.) Besserung des Diabetes beobachtet wurde. Ebenso nach Entfernung von Bauchtumoren, vielleicht durch Entlastung des Pankreas oder bei der hepatogenen Form durch Entlastung des Plexus solaris. Von großer Wichtigkeit ist die Untersuchung des Urins auf Ammoniak; werden mehr als 2 g pro die ausgeschieden, so ist die Komagefahr als groß, bei 4 g als gewiß zu bezeichnen; die Bestimmung von Azetessigsäure und Azeton bietet dagegen keinen sicheren Anhaltspunkt. Sehr zu empfehlen ist die prophylaktische Darreichung von Natrium bicarbonicum vor und nach der Operation. Man beachte in diesen Fällen stets nach Möglichkeit folgende Punkte: 1. Vorsichtige psychische Vorbereitung des Patienten. 2. Antidiabetische Diät und Ueberfütterung mit Alkalien. 3. Untersuchung des Urins auf Ammoniak. 4. Möglichste Vermeidung der Allgemeinnarkose (lieber Aether als Chloroform). 5. Keine zu starke Entwässerung des Körpers durch die sonst üblichen Abführmittel. 6. Kein längeres Hungern vor und nach der Operation. 7. Tadellose Asepsis. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 10, 1905.) L e w i s o h n, Heidelberg.

Erfahrungen über Appendizitis auf Grund von 400 Operationen. Von Dr. Herbert A. B r u c e in Toronto.

Die Symptome der Appendizitis sind: 1. plötzlich auftretende, kolikartige Schmerzen im Abdomen, 2. Erbrechen nach einigen Stunden, 3. Druckempfindlichkeit des Abdomens, besonders auf der rechten Seite, 4. Temperatursteigerung, 5. Gespanntsein des Rektus, besonders rechts. Sehr heftige Schmerzen deuten gewöhnlich einen schweren Fall an. Setzen die Schmerzen, nachdem sie bereits eine Zeit lang aufgehört hatten, wieder ein, so zeigt das gewöhnlich eine Perforationsperitonitis an. Temperatur und Puls sind keine zuverlässigen Indikatoren betreffend der Schwere der Erkrankung. Vf. hat 200 Intervalloperationen ohne einen Todesfall ausgeführt; gewiß ein sehr gutes Resultat. Bei den im akuten Stadium zur Operation gekommenen Fällen betrug die Mortalität dagegen immerhin 7%; unter diesen 7% waren übrigens nur 2 Fälle, die binnen der ersten 48 Stunden zur Operation kamen, was auch für die Frühoperation spricht. Ist die Operation während des ersten Anfalls nicht ausgeführt worden, so soll sie unter allen Umständen baldigst im Intervall, also nach Abklingen der akuten Erscheinungen, nachgeholt werden. Vf. unterscheidet, wie die meisten anderen Autoren, folgende Gruppen: 1. perforierter Appendix mit nur wenig Pus, 2. großer abgekapselter Abszeß, 3. diffuse Peritonitis. In letzterem Falle spült er nur dann die Bauchhöhle gründlich aus, wenn der Eiter überall frei im Abdomen herumfließt, wenn also durch die Irrigation keine Verklebungen etc. (Abkapselungsprozeß!) gelöst werden. — Opium soll man keinesfalls geben, bevor eine sichere Diagnose gemacht ist; die Ernährung soll dann nur vom Mastdarm aus vor sich gehen. Ratsam ist eine Magenspülung vorzunehmen, die oft große Erleichterung schafft. Auch nach der Operation bleibt es mehrere Tage bei der rektalen Ernährung. — Verwechslungen mit Typhus durch den praktischen Arzt sind häufig. — Zum Schluß betont Vf. nochmals, daß alle akuten Fälle sofort operiert werden sollten. — (The Canadian Praktitioner and Review, Nr. 8, 1905.)
L e w i s o h n, Heidelberg.

Ambulatorische Radikalheilung der Hydrokele. Von A. M a g r a s s i.

Vf. weist auf ein vor 20 Jahren von einem Amerikaner (L e w i s, Boston med. and sug. journal, 8. XII. 1881) angegebenes Verfahren hin, das wenig Beachtung gefunden hatte, ihm aber in einer Reihe von Fällen ausgezeichnete Dienste

leistete. Nach sorgfältiger Desinfektion wird der Erguß zu etwa $^3/_4$ mit der Punktionsspritze entleert. Nachdem man sich überzeugt, daß keine Kommunikation besteht, spritzt man eine konzentrierte alkoholische Karbolsäurelösung in der Menge von 3—5 cm³ ein. Hierauf wird dieselbe durch leichte Massage in der ganzen Höhlung verteilt, die kleine Wunde mit Gaze und Watte versehen, und ein Suspensorium angelegt. Während der kleinen Operation verspürt der Patient leichtes Brennen; nach einigen Minuten tritt leichter Schwindel ein, der hie und da mehrere Stunden anhält. Man hält vorsichtiger Weise den Patienten zirka 15 Minuten in Horizontallage und entläßt ihn mit der Aufforderung, einen halben Tag sich ganz ruhig zu halten. Nach 24 Stunden sieht man dann eine entzündliche Schwellung des Skrotums, die eine Woche anhält, und dann innerhalb eines Monats langsam verschwindet. — Vf. hat nach dieser Methode 13 Fälle operiert und weder jemals einen ernsteren Zufall, noch ein Rezidiv gesehen. — (Gazz. degli osped., 3. September 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Morphium-Skopolamin-Chloroformnarkose. Von Palermo.

Die Erfahrungen des Vfs. wurden an 154 Patienten gesammelt. Es wurde zunächst 0·01 Morphin. muriat. mit 0·001 Scopolamin. hydrobrom. in 1 cm³ Wasser injiziert, dann bei den ersten 30 Fällen nach 10 Minuten, später stets erst nach $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden die Cloroformnarkose eingeleitet. Schon bei den ersten Fällen war das Fehlen des Widerstands im ersten Stadium, die Abkürzung des Erregungsstadiums sehr deutlich, so daß meist nur 10 Minuten vergingen, bis die Operation begonnen werden konnte; Erbrechen kam nie vor. Beginnt man erst nach 30 Minuten mit der Inhalation, so hat man meist einen fast schlafenden Menschen vor sich; wartet man 40—45 Minuten, so erfolgt die Verabreichung des Chloroforms in festem Schlaf. Ein Erregungsstadium fehlt ganz, Erbrechen fehlt meist. Die Pupille erweitert sich zuerst, dann wird sie ganz eng. Bei Kindern unter 16 Jahren hat Vf. nie die Methode angewendet wegen der hohen Giftigkeit des Skopolamins. Die Methode hat weiter den Vorteil, daß man die Chloroformverabreichung schon vor Beendigung der Operation abbrechen kann, da die Skopolaminwirkung das Erwachen stark verzögert; oft schlafen die Patienten noch 3 Stunden und mehr weiter. Am Tage nach der Operation hatten noch sechs Patienten Erbrechen; ein großer Vorteil ist, abgesehen von der Seltenheit des Erbrechens, daß es frühestens 6—8 Stunden nach dem Erwachen auftritt. Zu bemerken ist zuletzt noch, daß der arterielle Druck durch die Skopolamindarreichung vermehrt wird. — (Riform. med. Nr. 28, 1905; ref. in Il Morgagni, Riv. 29. Juli 1905.) M. Kaufmann, Mannheim.

Die Dystrophia muscularis progressiva und deren orthopädische Behandlung. Von Dr. Rudolf Kuh.

Vf. tritt dem Nihilismus, der in der Therapie der Nervenkrankheiten stellenweise Mode geworden ist, entgegen. Er behandelte zwei Fälle von teilweise weit vorgeschrittener Dystrophia musculorum — Vf. schreibt falsch „muscularis“ — progressiva bei einem elfjährigen und einem siebenjährigen Knaben mit Massage, Gymnastik und Anlegung von Schienenhülsenapparaten in Verbindung mit Hessing'schem Stoffkorsett, und konnte den Erfolg erzielen, daß die Patienten, die nicht mehr stehen und gehen, nicht einmal gerade sitzen hatten können, wieder auf die Beine kamen und sich in menschlicher Weise fortbewegen konnten. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 15, 1905.)

Klar, Heidelberg.

Zur Mechanik der Skoliose. Von A. Schanz.

Ausgehend von der Tatsache, daß es bisher nicht gelungen ist, für die verschiedenen Arten der Skoliose: die habituelle kindliche Skoliose, die konstitutionelle Kinderskoliose, die rhachitische, osteomalasische und osteopsathyrotische Skoliose, die Alterskyphoskoliose und die Steinträgerskoliose, die fixierte statische und die fixierte neurogene Skoliose, eine

einheitliche Aetiologie zu finden, erklärt Vf. alle diese Deformitäten als Folgeerscheinungen eines Belastungsmißverhältnisses zwischen Körpergewicht plus etwa getragenem Gewicht (Steinträger) und der Tragfähigkeit der Wirbelsäule. Wenn wir also die Belastung mit B, die Tragfähigkeit mit T und Deformität mit D bezeichnen, so ergibt sich für die Skoliose die Formel

$$B > T = D$$

als Gesetz für die Deformitätenbildung der Wirbelsäule, sei es nun, daß die Belastung größer oder die Tragfähigkeit der Wirbelsäule irgendwie vermindert wird. Alle Skoliosen also, die den Symptomenkomplex: Haupt- und Gegenkrümmungen, Keilwirbelbildung, Wirbeltorsion und Rippenbuckelbildung zeigen, faßt Vf. also rein mechanisch als Folgen statischer Ueberlastung der Wirbelsäule auf. (? Ref.) — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 26 u. 27, 1905.) Klar, Heidelberg.

Die erste Hilfe bei Knochenbrüchen und Verrenkungen. Von A. Hoffa.

Die erste ärztliche Hilfe bei Frakturen und Luxationen hat darin zu bestehen, den Verunglückten transportfähig zu machen. Der Arzt muß sofort entscheiden, ob der Patient in seine Wohnung befördert werden kann oder ob er der Krankenhausbehandlung bedarf.

Wie die neueren Beobachtungen ergaben, sind ideale Heilungen von Brüchen leider immer noch sehr selten, und selbst bei scheinbar kleinen Frakturen bleiben mehr oder minder erwerbsbeschränkende Störungen fast immer zurück. Es ist Pflicht des Arztes, für eine möglichst gute Heilung auch in funktioneller Beziehung Sorge zu tragen. Deshalb muß die erste ärztliche Hilfe sehr exakt und zweckentsprechend sein. Bei der Feststellung der Diagnose sind brüske Bewegungen des verletzten Gliedes zu vermeiden. Bei komplizierten Frakturen darf die Wunde weder mit einem Instrument noch mit dem Finger berührt werden; man bedecke sie mit Jodoformgaze, sterilem Verbandstoff oder, wenn keines von beiden vorhanden ist, mit frischgewaschenen Hauswäschestücken, die man, wenn möglich, vor der Verwendung noch 5 Minuten lang kochen kann. Auf jeden Fall aber lasse man lieber die Wunde unbedeckt, als daß man sie in Tücher und Lappen zweifelhafter Herkunft einhülle. Irrigationen und nasse Verbände sind zu verwerfen.

Bei der Fraktur einer oberen Extremität wird der Verletzte durch Anlegung einer Mitella oder Anbinden des Armes an den Rumpf mit irgend einem Tuche transportfähig. Eine gebrochene untere Extremität muß geschient werden, um Schmerzen, Dislokation oder Durchstechung auf dem Transport zu vermeiden. Hat man kein Schienenmaterial zur Hand, so muß man sich eine Schiene „improvisieren“, im Wald aus Zweigen, Reisig, Baumästen, im Dorf aus Strohbündeln, Latten, Stöcken, Stricken, Regenschirmen etc. Im äußersten Fall, wenn es nicht möglich ist, eine solch provisorische Schienung vorzunehmen, bandagiere man das verletzte Bein mit Tüchern fest an das gesunde an. Beide der Frakturstelle benachbarte Gelenke müssen mit in den Schienenverband gelegt werden, so daß bei Brüchen des Unterschenkels das Sprunggelenk und das Kniegelenk, bei Frakturen des Oberschenkels das Kniegelenk und das Hüftgelenk in den Verband einzubeziehen sind. Eine exakte Reposition der Bruchenden ist meist am Orte der Verletzung nicht ausführbar, da zwei Mann Assistenz und oft auch Narkose notwendig sind.

Das Repositionsresultat muß man durch das Röntgen-Bild kontrollieren.

Oberschenkelfrakturen kann man ohne jeden Verband in der Pott'schen Seitenlage zur Heilung bringen, indem man den Patienten mit gebeugten Knie- und Hüftgelenken auf die kranke Seite legt, da in dieser Lage die Muskeln des Oberschenkels erschlafft sind und keine Bewegung des erkrankten Beines vorgenommen werden kann.

Um die Dislokation bei Oberarmbrüchen zu beseitigen, muß man Zug an der Schulter und Gegenzug am Unterarm ausüben; die Fraktur ist gut reponiert, wenn Akromion, Tuberculum majus und Epicondylus externus in einer Linie

liegen. Nach gelungener Reposition lege man den fixierten Gipsverband, eventuell Extensionsverband an. Neuerdings ist man von der dauernd fixierenden Behandlungsweise abgekommen und hat eine mobilisierende Behandlung, namentlich der Gelenksbrüche, eingeführt. Vf. meint aber, daß der „praktische Arzt" nur die Frakturen der Patella und des Olekranon und die Schenkelhalsbrüche bei sehr alten Leuten ohne Fixation durch Verbände behandeln dürfe.

Bei komplizierten Frakturen nimmt man jetzt keine Erweiterung der Wunde mehr vor, spült sie auch nicht aus, sondern behandelt sie so, wie sie ist, mit trockenem Verband; die Fixation geschieht hier entweder in einem Gipsverband oder in einem zweckentsprechend angelegten Schienenverband.

Verrenkungen sind frisch einzurenken, meist in Narkose. Die Diagnose ist wichtig. Sollte diese zweifelhaft sein, so nehme man das Röntgen-Bild zu Hilfe, das die Differentialdiagnose zwischen Luxation und Gelenksfraktur ermöglicht und somit vor Therapiefehlern schützt. — (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 5, 1905.)

Klar, Heidelberg.

Ueber Fußschmerzen nach Unfällen. Von A. Schanz.

Häufig klagen Leute, die irgend eine Verletzung einer unteren Extremität — sei es eine Fraktur des Ober- oder Unterschenkels oder eine Distorsion des Fußgelenkes oder eine Quetschung des Fußes oder einen Bruch oder eine Luxation eines Fußknochens — erlitten haben, nach guter Heilung der vorausgegangenen Verletzung über Schmerzen im Fuße beim Gehen und Stehen etc., besonders nach längerem Ruhen oder nach längerem Gehen, die sich bei näherer Untersuchung als typische Plattfußbeschwerden, als Zeichen eines sich bildenden Plattfußes entpuppen. Von nicht sachkundigen Begutachtern werden solche Unfallverletzte häufig für Simulanten gehalten. Objektiv ist sehr häufig Beschränkung der aktiven und passiven Supination des Fußes zu beobachten. Plattfuß besteht nicht dabei, oder, wenn er schon vorhanden war, so ist er auf der kranken Seite nicht stärker als auf der gesunden. Plattfußbeschwerden sind aber nicht die Beschwerden, die der anatomische Plattfuß erzeugt, sondern die, die der den Plattfuß bildende Prozeß hervorruft. Durch die Verletzung wird direkt oder indirekt die Spannkraft des Fußgewölbes vermindert; dadurch entsteht ein Mißverhältnis zwischen Tragfähigkeit und Belastung des Fußes, das die Beschwerden auslöst. Durch sachgemäße Plattfußbehandlung werden diese Patienten wieder vollkommen gehfähig, vermindert werden die Beschwerden sofort. In schweren Fällen legt Vf. einen Schienenhülsenapparat zur Entlastung an. Anstatt der irreführenden Bezeichnung „Plattfußbeschwerden" schlägt Vf. den Namen „Insufficientia pedis" vor. — (Congrès international médical des accidents du travail, Liège 1905.)

Klar, Heidelberg.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Kolpotomie beim Bersten einer Tuberschwangerschaft. Von Bergesio.

Vf. redet der ausgedehnteren Anwendung des vaginalen Weges an Stelle der Laparotomie das Wort. Er selbst hat 36 Fälle jeder Art per vaginam operiert, davon 7 Fälle geplatzter Tubergravidität mittels der hinteren Kolpotomie. — (R. Acc. di Med. di Torino, 27. Jänner 1905; Il Morgagni, Riv. 24. Juni 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Die Hyperämie in der Gynäkologie. Von Keilmann.

Vf. hat in den letzten 18 Monaten die Methode der venösen Hyperämie und die der lokalen Erhitzung in 65 gynäkologischen Fällen: Salpingitis, Pelvioperitonitis, Parametritis, angewendet. Mit Ausnahme einer doppelseitigen Salpingitis fand eine rasche Besserung der subjektiven Symptome, speziell der Schmerzen, nach 4—5 Sitzungen statt. Mit Ausnahme von acht Fällen zeigte sich auch der objektive Befund sehr gebessert — kindskopfgroße Exsudate verschwanden völlig nach 2 bis

3 Wochen. Die Sitzungen dauerten 1/2 bis 1 Stunde (mit Temperaturen bis 100°). Nach Vf. ist die einzige Kontraindikation die Uterushämorrhagie. — Bei einem 16jährigen Mädchen, bei dem die Menses seit Monaten weggeblieben waren, erschienen dieselben nach zwei Sitzungen wieder. — (St. Petersb. med. Wochenschrift Nr. 28, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Zur Frage der Behandlung der puerperalen Allgemeininfektion mittels Hervorrufung lokaler Abszesse. Von B. A. Henricsson.

Im Jahre 1891 gab Fouchier (Lyon méd., Nr. 34) das in Frage stehende Verfahren an. Die lokalen Abszesse werden hervorgerufen durch eine oder gewöhnlich zwei Injektionen von 1 g Terpentin in das Unterhautzellgewebe, an einer Stelle, wo dessen Spannung gering ist. Vf. berichtet über fünf Fälle schwerer puerperaler Allgemeininfektion ohne nachweisbare lokale Eiterung, die nach Fouchier behandelt wurden. In einem Falle konnte der letale Exitus weder durch die Fouchier'sche Methode, noch durch intravenöse Kollargolinjektionen abgewendet werden; in den vier übrigen Fällen muß jedoch auch der skeptische Leser die günstige Wirkung der Behandlungsmethode zugeben. In keinem Falle kamen noch einmal Schüttelfröste, die Temperatur ging ständig herunter und der Allgemeinzustand wurde immer besser. In keinem Falle war eine Schädigung der Nieren nachzuweisen. Die Injektionen müssen unter aseptischen Vorsichtsmaßregeln gemacht werden. — (Finska läkaresällsk. handl., Juni 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber Impfmetastasen und Spätrezidiven nach Karzinomoperationen. Von R. Olshausen.

Vf. berichtet über ein kürzlich von ihm operiertes Psammokarzinom der Bauchdecken von doppelter Kindskopfgröße bei einer Frau, die vor 21 Jahren von Schröder wegen eines vermutlich malignen Eierstocktumors ovariotomiert worden war. Vf. erachtet den Fall als mitteilenswert, erstens wegen der Entwicklung einer Impfmetastase in den Bauchdecken, zweitens wegen des so späten Auftretens derselben nach der ersten Operation. Im Anschluß an diesen Fall teilt Vf. weitere fünf Fälle mit, bei denen nach vorheriger Laparatomie wegen Ovarialtumoren Geschwülste in den Bauchdecken auftraten, die sich in vier Fällen als Karzinom erwiesen, in einem Falle als eine Metastase eines gutartigen glandulären Cystomes. Daß es sich hier tatsächlich um Metastasen in den Bauchdecken gehandelt hat, kann nicht bezweifelt werden, da die sonst vorkommenden Bauchdeckentumoren fast ausnahmslos gutartige Fibrome sind. Weiters saßen die Geschwülste nur einseitig von der Narbe, indem das Narbengewebe der Ausdehnung des Tumors einen Wall entgegensetzt. Diese einseitige Entwicklung der Tumoren kann nur von der Einimpfung der Geschwulstpartikelchen in die Bauchdecke der einen Seite abhängig gemacht werden. Die Zeit, in welcher diese Bauchdeckenrezidive nach der Operation zur Entwicklung kam, schwankte bei dem Karzinom zwischen zwei und neunzehn Jahren und betrug bei der gutartigen Geschwulst siebzehn Jahre. Zum Schlusse führt Vf. drei Fälle an, bei denen nach Entfernung des karzinomatösen Uterus oder der Ovarien sich in der Zeit von vier bis zwölf Jahren Spätrezidive des Karzinoms entwickelte. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 48, H. 2.)

Königstein.

Urologie.

Beitrag zum Studium der Harn- und Gallensteine. Von G. Fantino.

1. Klinische Beobachtungen über 150 Harnsteinoperationen: Beinahe die Hälfte aller Fälle betraf Kinder unter fünf, zwei Drittel Kinder unter zehn Jahren. Weiblich waren überhaupt nur vier Patienten. Die Seltenheit der Affektion beim Weibe erklärt sich aus der größeren Leichtigkeit, mit der Frauen die Blase entleeren, entsprechend dem kurzen und geraden Verlauf der weiblichen Urethra. Da die im

ersten Lebensjahre sehr seltenen Steine in den nächsten vier Jahren sehr häufig werden, kann man daran denken, daß der Uebergang von der Milchdiät zur gemischten Kost mit der Bildung der Steine zusammenhängt. Die chemische Untersuchung von 160 Steinen ergab, daß 83 als gemischte Steine und 77 als reine, bezw. fast reine, anzusprechen waren, d. h. als solche, die keine oder nur so geringe Mengen von anderen Bestandteilen enthielten, daß sie für die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen als rein anzusehen waren. Wirklich rein waren nur 42 Steine: 25 Urat-, 11 Oxalat- und 6 Phosphatsteine. Harnsäure fand sich in 82, 5%, oxalsaurer Kalk in 76%, Phosphorsäure in 40% aller Steine. Das Gewicht schwankte von 2 bis 160 g. Zystitis fand sich weit häufiger bei den rauhen Oxalat-, als bei den glatten Harnsäuresteinen.

Fantino ist ein überzeugter Anhänger der Sectio alta. Die perinealen Blasenschnitte hält er höchstens für kleine, perineal leicht extrahierbare Steine für geeignet (wobei die Röntgendurchleuchtung, bezüglich der Größe die Entscheidung liefern kann), während er die Lithotripsie und Lithalapaxie nur in den Händen besonders geübter Spezialisten für indiziert erachtet. Vf. hat 72 Epizystotomien gemacht und nur drei Patienten verloren, alle drei aber nicht an den Folgen der Operation. Die Heilungsdauer betrug durchschnittlich, falls er nähte, 25, falls er drainierte, 40 Tage; nie bildete sich eine Fistel, nie entstand eine postoperative Hernie, nie eine Urininfiltration. Genäht wurde die Blase mit Katgut. In 25 Fällen ohne Zystitis wurde die primäre Blasennaht mit prävesikaler Drainage ausgeführt. In 21 Fällen mit leichter Zystitis wurde ebenso verfahren, aber in drei Fällen kein günstiger Erfolg erzielt; in diesen Fällen wurde neben der prävesikalen Drainage auch noch ein Dauerkatheter eingelegt. Bei sehr schweren Zystitiden ist die primäre Blasennaht kontraindiziert und Blasendrainage am Platz.

2. Der Wert der Röntgen-Strahlen bei der Diagnose der Harn- und Gallensteine: Zahlreiche Experimente stellten fest, daß von den Harnsteinen die besten Bilder die aus oxalsaurem und dann die aus phosphorsaurem Kalk geben, während die aus Tripelphosphat bestehenden und besonders die Uratsteine die Strahlen durchgehen lassen. Fantino hat dreimal Nierensteine im Körper erkennen können; doch sind sie im ganzen nur schwer festzustellen, während Blasensteine fast stets sich erkennen lassen. — Versuche mit Gallensteinen ergaben, daß die Steine sich in ihrer Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen oft nur wenig von Muskelgewebe und Lebergewebe unterscheiden; am besten absorbieren noch die Steine mit viel Pigment und viel Kalksalzen das Licht. Es ist nicht unmöglich, solche Steine bei Kindern und mageren Erwachsenen zu erkennen, am ehesten noch in der hydropischen und so den Leberrand beträchtlich überragenden Gallenblase. — (Il Morgagni, H. 1—4, 1905.) M. Kaufmann, Mannheim.

Dermatologie.

Resultate der Lichtbehandlung bei Alopecia areata. Von Kromayer.

Ein Referat über 33 Fälle, die der Bestrahlung mit kaltem Eisenlicht, ohne Anwendung einer Drucklinse unterzogen wurde; dabei waren 13 leichtere Fälle, bei welchen weniger als die Hälfte des Kopfes kahl ist, während sich die übrigen Beobachtungen auf sehr ausgebreitete und totale Alopekien beziehen. Elektrodenabstand von der Haut 4—6 cm. Der Elektrodenabstand und die Ampèrzahl hängen von der Größe der zu bestrahlenden Flächen ab. Die Häufigkeit der Belichtung richtet sich nach der Hautreaktion, der Röte, Schmerzhaftigkeit und Blasenbildung. Für die erste Gruppe hat Vf. durchschnittlich sechs Belichtungszyklen gebraucht, welche sich auf 2—3 Wochen ausdehnen lassen; 28 Erfolgen stehen 10 Mißerfolge gegenüber, also etwa 15%. Bei alleiniger Berücksichtigung der Gruppe I ist kein Mißerfolg zu verzeichnen, während dann allerdings das Versagen der Methode bei der Gruppe II auf 25% steigt. Vielleicht zu optimistisch und glaubselig klingt die Behauptung des Vfs., daß das Eisenlicht zur Zeit das beste und



sicherste Mittel gegen die Alopecia areata ist. Wenn man in jahrelanger Verfolgung die launenhaften Entwicklungszyklen des herdförmigen Haarschwundes im Auge behält, so gelangt man zu dem Schlusse, daß die Spontanheilung zweifellos die häufigste ist und die Applikation von Medikamenten und physikalischen Heilpotenzen oft genug mit dem glücklichen Ausgang des entstellenden Prozesses zusammenfällt, ohne ihn jedoch bedingt zu haben. Ein Prüfstein für den kurativen Effekt der neuerdings mehr angepriesenen, als in der Wirkung bewährten Behelfe der Lichttherapie wäre in jenen erfreulicherweise nicht zu häufigen Formen der universellen persistierenden Alopekie gegeben, bei welchen eine jede Tendenz des Kapilitiums zur Regeneration zu missen ist. Hier aber hat die Lichttherapie, gleich allen anderen Versuchen, stets nur schmählich im Stiche gelassen.

N.

Saugtherapie bei Lupus. Von Dr. S o n d e r m a n n.

Seitdem B i e r die Hyperämie als einen der wichtigsten Heilfaktoren kennen gelernt hat, war man auch in der Dermatologie bemüht, diesem Agens ein Wirkungsfeld zu eröffnen; so kam B i e r selbst zunächst auf die Idee, den Lupus der Stauungshyperämie zu unterziehen, wobei er sich der trockenen Schröpfköpfe bediente. Vf. hat nun zwei Saugapparate für derartige Zwecke konstruiert, mittels deren man an bestimmten Hautstellen für beliebig lange Zeit Hyperämie erzeugen kann; es sind das Hohlkörper, die, auf die Haut aufgesetzt, durch eine Saugvorrichtung eine Luftverdünnung gestatten. Bei einem Apparat findet außerdem eine fortwährende Berieselung des umschlossenen hyperämischen Bezirkes statt, wodurch noch ein weiterer Reiz zustande kommt. Trotz der zweckmäßigen Konstruktion dieser Saugvorrichtungen werden dieselben in der Lupustherapie kaum Erfolge ernten, aus dem einfachen Grunde, weil der theoretisch konstruierte Effekt der Hyperämisierung des lupösen Gewebes mit den praktisch erreichbaren Wirkungsäußerungen der Stauung absolut nicht im Einklange steht. Wo, wie das ja in exquisiter Weise für den Lupus zutreffend ist, ein hochorganisiertes Granulationsgewebe, das auf spezifische Anregung hin zur Formation gelangt und stets von reaktiver Bindegewebswucherung begleitet ist, dem resorptionsbefördernden Einflusse der einfachen Hyperämie ausgesetzt wird, kann nie von einer Wirkung im Sinne der Heilung die Rede sein.

Das Gleiche haben wir bei der Anwendung der Stauung, bei hyperplastischen Adenitiden erfahren, die mit seltener Beharrlichkeit den Stauungsattacken standhielten, um nachträglich noch die Inzision, resp. radikale Exstirpation oder Exkochleation zu erheischen. N.

Ueber kombinierte Behandlung des Lupus. Von Dr. H. S t r e b e l.

Als Apostel der Kathoden- und Wärmestrahlenbehandlung des Lupus ist Vf. bestens bemüht, alles zusammenzutragen, was man den heute noch souveränen Behandlungsmethoden Schlechtes nachsagen kann. Die chirurgische Intervention zeitigt klägliche „Pfuscherarbeit"! Die Lichtbehandlung nach Finsen werde an der Hand gekünstelter Statistiken in ihrer wahren Wirkung verschleiert. Das ganze Verfahren ist kritiklos ohne Verständnis für die anatomischen Vorgänge und ohne Würdigung der Läsionsformen ausgeführt. Das Licht ist zu schwach, die Qualität ungeeignet, kurz die Methode unbrauchbar. Gut ist nur das von B a n g — und auch von S t r e b e l — zuerst veröffentlichte Eisenlicht. Ferner das vorher schon — von Strebel — in die Therapie eingeführte Induktionsfunkenlicht. Aber auch die Eisenlichtbehandlung taugt nicht, wenn es sich um Lupus tumidus und flächenhafte Lupusformen mit braunen Knoten, um Lupus verrucosus handelt. Die Lichtstrahlenbehandlung des Lupus macht also Fiasko und man ist genötigt, zu anderen Strahlengattungen zu greifen, die heute ja in reichlichem Maße zu Gebote stehen. Dabei kommt Vf. zunächst neuerdings auf eine ihm angegebene Eisenlichtlampe zurück, aber auch diese entspricht nicht ganz dem Zweck, sondern wird lieber durch eine von ihm angegebene Stativ-

Eisenlichtlampe mit Magnaliumreflektor ersetzt. Mit dieser werden die Lupusfälle für die soeben erst arg verpönte Kohlenbogenlichtbehandlung präpariert, indem man durch heftige Lichtblasenbildung die Strahlen absorbierende Hautbedeckung möglichst entfernt und zugleich etwaige Schwellungszustände günstig beeinflußt. Dieses Abhäuteln kann auch mit Strebels Induktionsfunkenlicht erzielt werden, ein Licht, welches dadurch entsteht, daß man dem, durch eine in den sekundären Stromkreis eines Röntgen-Induktors parallel geschaltete Leidenerflasche kondensierten Funken, in eine Kapsel von Ebonit überspringen läßt. Weiterhin wird ein Verfahren als Elektro-Photokaustik befürwortet (natürlich auch von Strebel), eine Hochfrequenzfunken-Lupusknotenzerstörung an Stelle des guten alten Paquelins gesetzt und als Konkurrenz, nochmehr aber als Ersatz für Röntgen- und Radiumstrahlen eine Bestrahlung mittels direkter Kathodenstrahlen mit besonderen Röhren eingeführt, welche Strahlengattung, alle anderen bekannten bezüglich ihrer Wirkung absolut übertrifft (nach Strebel). Es folgt noch eine Aufzählung der Lupusgattungen mit der speziellen Indikation der einen oder der anderen, der — wie wir sehen — nicht zu spärlichen Methoden Strebels. — (Wien. med. Presse, Nr. 52, 1905.) N.

Diphtherieheilserum in der Behandlung des Gesichtserysipels. Von S. Tomaselli.

Vf. berichtet über günstige Erfahrungen, die er in drei Fällen schweren Gesichtserysipels mit der Anwendung des Behring'schen Serums machte. Alle drei wurden am Tage nach der Injektion von 1000 J. E. prompt entfiebert. Drei Fälle sind zu wenig, um über den Wert einer therapeutischen Methode ein Urteil zu fällen, und Vf. selbst fordert zur weiteren Prüfung auf. — (Gazz. degli Ospedali, 18. Juni 1905.) M. Kaufmann, Mannheim.

Kinderheilkunde.

Meningitis und künstliche Abszeßerregung. Von E. Laffont.

In neuerer Zeit mehren sich wieder die Stimmen, die die Erregung künstlicher Abszesse zur Behandlung schwerer innerer Erkrankungen empfehlen. So hat man dieselben schon mehrfach mit anscheinend ganz günstigem Erfolg bei schweren Puerperalinfektionen angewendet. Hier wird über ihre Verwendung bei vier schweren Meningitisfällen berichtet. Ein dreijähriges Kind, das aufgegeben war, erhielt in beide Hinterbacken je 1 g Terpentinöl injiziert, und schon 24 Stunden nach der Injektion zeigten sich Symptome der Besserung, zugleich mit beginnender Abszeßbildung; ähnlich ging es bei einem fünfjährigen Kind, das eine Injektion von 2 g erhalten hatte, nur war hier die Rekonvaleszenz eine sehr langwierige. In einem dritten Falle (2¹/₂jähriges Kind) war eine tuberkulöse Meningitis diagnostiziert; auch sie heilte nach Bildung eines Abszesses langsam ab. In einem letzten Falle war die Therapie wirkungslos. — (L'Echo Méd. des Cévennes, Juli 1905.)
M. Kaufmann, Mannheim.

Die Diazoreaktion bei akuten Kinderkrankheiten. Von E. Fischer.

Vf. kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Die Diazoreaktion kommt bei gesunden Individuen nicht vor. 2. Sie findet sich im allgemeinen auch nicht bei fieberlosen Krankheiten. 3. Man konstatiert sie dagegen immer beim Typhusfieber, bei akuter Miliartuberkulose, bei Masern und beim Flecktyphus. Inkonstant ist ihr Vorkommen bei Lungenphthise, Meningitis, Peritonitis, Pleuritis, Scharlach, Erysipel und Diphtherie. Bei anderen Erkrankungen kommt sie überhaupt nicht oder doch nur höchst selten vor. 4. Die Diazoreaktion hat einen diagnostischen Wert. Ist sie im Verlauf eines fieberhaften Zustandes in den ersten Tagen negativ, so schließt dies die Diagnose Typhus aus; positiver Ausfall hat weniger Wert. Die Diazoreaktion bei einem pleuritischen Ergusse spricht für dessen tuberkulöse Natur. Sie dient auch zur Differentialdiagnose zwischen

Scharlach und skarlatiniformem Serumexanthem. 5. Die Diazoreaktion hat vor allem einen prognostischen Wert bei der Lungentuberkulose, wo sie einen rapiden Verlauf voraussehen läßt. Beim Erysipel zeigt ihre Anwesenheit einen schweren Fall an. Bei der Pneumonie scheint sie einen weniger großen Wert zu haben. Beim Typhus endlich steht ihr Andauern im Verhältnis zu dem Grade der Infektion. Ueberschreitet sie zwei Wochen, so hat man es mit einem schweren Typhus zu tun. — (Thèse de Paris, 1904.)

Fromm, München.

Ueber Diphtherie und ihre Behandlung. Von Dr. Emil Wieland in Basel.

Nach einem kurzen Rückblick auf die Geschichte der Diphtherie (Abgrenzung der echten Diphtherie, Entdeckung des Diphtheriebazillus, des Diphtherietoxins) bespricht Vf. ihre Lokalisation in Nase, Rachen, Kehlkopf etc. und betont die wichtige Erkenntnis, daß die Schwere der Erkrankung nicht allein von der Ausdehnung der Membranen, sondern insbesondere auch von der Intoxikation durch das Diphtheriegift abhängt, letztere wiederum von der Virulenz des Diphtheriebazillus und der Stärke seiner Giftproduktion, ferner von der Giftempfänglichkeit des Individuums.

Der Nachweis des Diphtheriebazillus bei völlig gesunden Menschen weist auf die hohe Bedeutung einer sachgemäßen Prophylaxe durch Reinhaltung des Gesichtes und der Hände, durch peinliche Pflege der Mundhöhle hin. Ferner läßt sich nach den glänzenden Erfolgen in den verschiedenen Kinderspitälern ein fast sicherer Schutz gegen Diphtherieinfektion durch prophylaktische Seruminjektionen (100—200 J. E.), welche freilich alle drei Wochen zu erfolgen haben, erreichen. Dies ist von höchster Wichtigkeit zur prophylaktischen Immunisierung bedrohter Familienmitglieder, eventuell ganzer Schulklassen etc.

Nachdem zweifellos feststeht, daß die Wirkung des Serums um so größer ist, je frühzeitiger es zur Anwendung kommt, ist natürlich auf die möglichst frühe Erkennung und spezifische Behandlung das Hauptgewicht zu legen. Daneben darf aber zur Verhütung von Komplikationen die Hygiene der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle nicht vernachlässigt werden und es empfehlen sich Gurgelungen und Inhalationen mit Kal. permang., Kal. chloric. oder Borlösung.

Die Menge der jeweils zu injizierenden Serummenge beträgt 1000—2000 J. E., bei schweren Fällen wiederholt bis zu 6000 J. E.

Die Wirkung des Serums scheint in einer primären, von Veränderung des Blutes bis zu einem gewissen Grade unabhängigen, direkt spezifischen Reizwirkung auf den Lokaleffekt und als deren Folge in einer Einschränkung weiterer Toxinbildung zu liegen, während die bereits gebildeten und ins Blut aufgenommenen (schon verankerten) Toxine anderen Kräften des Organismus überlassen bleiben. Hieraus erklärt sich auch die Machtlosigkeit des Serums bei zu später Injektion, bei sofortiger höchster Intoxikation, schließlich gegenüber diphtheritischen Lähmungen. — (Med. Klinik Nr. 29, 1905.) R., München.

Grundsätze und Erfahrungen auf dem Gebiete der Kindermilchbereitung. Von Prof. Dr. Backhaus in Berlin.

Vf. führte die bereits vor zehn Jahren von ihm aufgestellten Grundsätze einer rationellen Kindermilchbereitung (fabrikmäßige Herstellung im Gegensatz zur Hausbereitung, sorgfältige Gewinnung von Rohmilch, möglichste Annäherung der Säuglingsnahrung an die Zusammensetzung der Frauenmilch, Füllung in Portionsflaschen, Sterilisation) in einem Vortrage im ärztlichen Verein in Frankfurt a. M. aus. Er erklärte die Methode der Backhaus-Milchbereitung (Verminderung des Kaseingehaltes der Milch durch künstliche Trypsinverdauung, Herstellung verschiedener Gemische), erwähnte die allerorts gemachten günstigen Erfahrungen mit dem Resultate, daß die damit ernährten Säuglinge keine höhere Sterblichkeit aufweisen, wie die Brustkinder, besprach die Preisfrage und die durch Wohltätigkeit gegebene Möglichkeit, auch ärmeren Klassen derart rationelle Kinder-

milch zu verschaffen. In der darauffolgenden Diskussion ward von einer Seite der guten Erfolge mit Backhaus-Milch gedacht, von anderer, wohl mit Recht, der Umstand hervorgehoben, daß man mit einfachen zweckmäßigen Kuhmilchverdünnungen dasselbe erreichen kann, daß ein grober Ausgleich der Unterschiede zwischen Kuh- und Frauenmilch genüge, nachdem die wichtigsten Unterschiede, die biochemischen, nicht ausgleichbar seien, und daß eine sorgfältige Rohgewinnung der Milch wohl die Hauptrolle spiele. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 39, 1905.) R., München.

Ein Fall von hämorrhagischer Erkrankung des Neugeborenen. Von Charles W. Townsend in Boston.

Beginn einen Tag nach der Geburt. Blutiges Erbrechen, blutiger Stuhl, Hauthämorrhagien, Nasen- und Nabelblutung. Argentum nitr. und Eisenchlorid hatten nur temporären Erfolg. Auf dauernde Tamponade stand die Blutung. Definitive Heilung trat aber erst auf innerliche Gaben von Gelatine (dreimal zweistündlich 1 Teelöffel gelöst in 45 cm^3 Wasser) und Applikation von 1‰igem Adrenalin auf den blutenden Nabel ein. Die vorher gesteigerte Temperatur fiel rasch zur Norm ab und der schwere Allgemeinzustand besserte sich. Vf. schreibt hauptsächlich der Gelatine den günstigen Ausgang zu. — (Boston med. and surg. journ., 1. Juni 1905.) Einstein.

Die Hirschsprung'sche Krankheit.

Der ungenannte Vf. gibt eine ausführliche Beschreibung der Krankheit, die auf einer Dilatation des Kolon ohne nachweisbaren Grund beruht und gewöhnlich im frühesten Kindesalter, freilich sehr selten sofort nach der Geburt, beobachtet wird. Die Krankheit ist selten. Häufig führt sie zum Tode, es ist aber anzunehmen, daß sie sich im späteren Alter zurückbilden kann. Auffallend ist eine größere Neigung des männlichen Geschlechtes für diese Erkrankung. Die Hauptsymptome sind die Auftreibung des Leibes und die Störungen der Defäkation bis zu monatelanger Obstipation und vollständiger Okklusion. Das Romanum, Colon descendens, transversum und ascendens sind beteiligt, das Rektum bleibt frei. Es gibt zwei Theorien bezüglich der Entstehung: 1. die von Neter, welcher die abnorme Länge der Flexura sigmoidea und deren abnorme Anheftung an der vorderen Fläche der Wirbelkörper beschuldigt, 2. die Erklärung Duvals, der eine primäre, kongenitale Vermehrung des Bindegewebes in der Wand des Kolons annimmt. Vf. scheinen beide Ansichten nicht ganz erschöpfend; er hält zur Lösung der Frage ein genaues Studium der Entwicklung des Urogenitalsystems bei männlichen und weiblichen Früchten in seinem Verhältnis zum Darm für nötig.

Die Therapie besteht in Regelung der Diät (Milch- und blande Diät), großen Gaben Rizinusöl und besonders hohen Darmspülungen, Massage, Elektrizität, alles Maßnahmen, die am besten in einer Anstalt durchgeführt werden. Die chirurgische Behandlung hat bis jetzt wenig erfreuliche Erfolge, noch am besten wirkt die Kolektomie, von der Vf. für die Zukunft mehr erwartet. — (Therap. Monatsber., Basel, 2. Jahrg., H. 7.) Einstein.

Neunjährige Erfahrung in der Behandlung der Diphtherie mit Antitoxin. Von John H. Maccolom.

Vf. faßt seine Resultate folgendermaßen zusammen:

1. Das Antitoxin ist ein Heilmittel von immensem Wert und muß zu den größten medizinischen Entdeckungen des XIX. Jahrhunderts gerechnet werden.

2. Um die besten Resultate zu bekommen, ist es wichtig, das Serum in einem möglichst frühen Zeitpunkt der Krankheit zu geben.

3. In schweren Fällen von Diphtherie muß das Antitoxin in sehr großen Dosen gegeben werden.

4. In den meisten Fällen von Larynxdiphtherie ist die Intubation die Operation der Wahl.

Diese Ergebnisse werden vom Vf. durch statistische Zahlen belegt. Bemerkenswert sind die ungewöhnlich großen

Dosen von Serum, das so lange gegeben wird, bis der volle therapeutische Erfolg sichtbar ist. Die Anfangsdosis ist 4000 bis 8000 Einheiten, die eventuell alle 6 bis 8 Stunden wiederholt werden. Ein 19-jähriger Patient bekam so 90.000 Einheiten in 5 Tagen. Fälle von absteigendem Croup sollen auf diese Weise geheilt werden können.

Die frühzeitige bakteriologische Untersuchung des Halses bei allen verdächtigen Fällen ist außerordentlich wichtig. Bei richtiger Entnahme des Kulturmaterials (Abstrich an dem Rand der Membran, wo sie direkt an die Schleimhaut grenzt) wird man stets in Fällen von Diphtherie den Löffler'schen Bazillus finden. Bei positivem Befund ist auch dann schon das Serum anzuwenden, wenn sich noch keine Membran gebildet hat. — (Boston medical and surgical journal, 1. Juni 1905.) Einstein.

II. Diagnostik.

a) Herz und Gefäße.

Ueber die Gichtphlebitis. Von G. Ducastel.

Die Gichtphlebitis, eine akute Phlebitisform, manifestiert sich fast ausschließlich beim männlichen Geschlecht im Alter von 45—65 Jahren. Bei Bleigicht scheint diese Affektion zu fehlen. Die klinischen Hauptcharakteristika der Gichtphlebitis sind:

a) Es werden besonders die oberflächlichen Venen der unteren Extremität ergriffen. b) Der wechselnde Sitz der Affektion ist entweder ein symmetrischer oder der Prozeß ist ein aufsteigender. c) Das Leiden tritt manchmal multipel auf, so daß Nodositäten durch gesunde Venengebiete getrennt sind. d) Periphlebitis ist fast die Regel, das Oedem wenig markiert. e) Es ist ausgesprochene Neigung zu Rezidiven vorhanden; das Fortschreiten des Prozesses ist ein schubweises. f) Vereiterung tritt nie, Obliteration selten ein.

Der Ausgang der Affektion ist meist Resolution, die sich durch Temperatursteigerung oder eine Gelenkskrise anzeigt. Doch ist die Prognose stets mit Vorsicht zu stellen, da nicht selten Lungenembolie bei dieser tückischesten Phlebitisform eintritt. — (Thèse de Paris, 1904.) F. L.

M. Molle weist auf **die Bedeutung des Venengeräusches an den Femorales bei jungen Männern** hin als bedeutungsvolles Zeichen zur Beurteilung, ob sogenannte funktionelle Störungen, Herzklopfen, Schwächezustände etc. simuliert sind oder beachtet werden müssen. 22% solcher Fälle wurden später tuberkulös. — (Académie de Méd. Sitzung v. 18. Juli 1905; Progrès Méd. Nr. 29.)

R., München.

b) Magen und Darm.

Ueber eine sehr einfache Methode zur Bestimmung des Magens. Von Dr. M. I. Knapp in New-York.

Die Methode Knapps besteht darin, daß man den Patienten einige Schluck kalten Wassers trinken läßt und einige Minuten später die Hand auf die Magengegend auflegt, wobei die kalt sich anfühlende Region der unteren Magengrenze entspricht. Die untersuchende Hand muß warm sein, ebenso muß vor der Untersuchung durch Bedecken mit Kleidungsstücken dafür gesorgt werden, daß die Abdominalwand nicht abgekühlt ist. — (Medical News, 10. Juni 1905.) F. L.

Die radiologische Untersuchung des Magens. Von Dr. G. Holzknecht und Dr. L. Brauner in Wien.

Bei ihren sehr verdienstlichen Untersuchungen handelte es sich den beiden Autoren um die Darlegung einer Methode der systematischen radiologischen Magenuntersuchung. Dieselbe verzichtet auf die Verwendung von Bougie und Magenschlauch. Die Differenzierung des Magens gegen die angrenzenden Organe wird durch die Verabreichung des Wismutbissens, der Wismutaufschwemmung, des Brausegemisches und der mit Wismut ver-

setzten Milchbreie erzielt. Die Methode bedeutet eine erhebliche Erweiterung der diagnostischen Methodik der Magenuntersuchung. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 16—19 und 21—23.) F. L.

Ueber perforiertes Magengeschwür beim Neugeborenen. Von A. G. Bisset.

Ein Kind erbrach 36 Stunden nach der Geburt reichliche Blutmengen und starb neun Stunden nach Beginn der Blutung. Bei der Sektion wurde ein typisches Magengeschwür an der kleinen Kurvatur, 1½ cm von der Kardia entfernt, gefunden, das vollständig perforiert war. Adhäsionen hatten den Austritt von Mageninhalt nach der freien Bauchhöhle verhindert. Der Magendarmkanal war voll Blut, gemischt mit Schleim und verdauter Milch. — (Lancet, 8. Juli 1905.) F. L.

Die intraabdominellen Druckverhältnisse. Kritische und experimentelle Beiträge zu dieser Frage. Von Dr. Karl Hörmann.

Die Resultate der allgemein interessierenden Arbeit sind in folgenden Sätzen zusammengefaßt: 1. Ein intraabdomineller Druck im Sinne einer einheitlichen Größe besteht nicht. Alle Methoden und Versuche, die „absolute“ Größe des intraabdominellen Druckes zu bestimmen, beruhen demgemäß auf irrtümlichen Voraussetzungen. 2. Es sind vor allem die im Abdomen wirksamen Gesetze der Statik, welche den Druck an verschiedenen Stellen desselben verschieden gestalten müssen; ein weiterer sehr wichtiger Grund hiefür ist der in den Eingeweide-Hohlorganen herrschende Sonderdruck (intraintestinaler Druck). 3. Bei völlig ruhender Bauchmuskulatur wird durch dieselbe kein konstanter Spannungsdruck auf den Abdominalinhalt ausgeübt. 4. Es gibt Momente, welche ganz im allgemeinen steigernd auf die intraabdominellen Druckverhältnisse einwirken: die Tätigkeit der Bauchpresse, passive Wandspannung infolge starker Vermehrung des Abdominalinhaltes etc. Die lokalen Druckdifferenzen werden dadurch natürlich nicht beseitigt. 5. Lokal kann der Druck im Abdomen, bezw. den Abdominal-Hohlorganen unteratmosphärisch (negativ) werden. Einen generalisierten negativen intraabdominellen Druck gibt es nicht. Der lokal negative Druck erklärt sich in den gashaltigen Hohlorganen vor allem durch eine Volumvergrößerung der Bauchhöhle in gewissen Lagen, z. B. der Knie-Ellenbogenlage und ein dadurch bedingtes Mißverhältnis zwischen Volumen und Inhalt derselben. Ein solches Mißverhältnis kann bestehen, weil der atmosphärische Außendruck bei diesen Lagen nicht allseitig direkt auf den Inhalt einwirken und sich auf diesen fortpflanzen kann. — (Arch. f. Gynäkol., Bd. 55, H. 3, 1905.) F. L.

c) Niere und Harnwege.

Ueber Morbus Brightii. Leitsätze von Prof. Dr. E. Ponfick in Breslau.

(Folgendes sind die Leitsätze des Ponfick'schen Referats, erstattet auf der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran am 26. September 1905.)

Die Einteilung des Morbus Brightii in parenchymatöse und interstitielle Nephritis ist, nach dem heutigen Stande des Wissens, weder förderlich, noch überhaupt durchführbar. Noch unzweckmäßiger ist die Sonderung nach rein deskriptiven Merkmalen, wie sie in der Unterscheidung einer „großen weißen Niere“, einer „kleinen roten“ u. s. w. zum Ausdruck kommt. Als rationell läßt sich nur eine Einteilung anerkennen, die zwar das anatomisch-histologische Geschehen ausschlaggebend sein läßt, zugleich jedoch nicht nur der Vielgestaltigkeit eines nicht selten sehr chronischen Krankheitsbildes Rechnung trägt, sondern auch der Fülle ätiologischer Gesichtspunkte. Das hiemit gesteckte Ziel wird sich freilich nur erreichen lassen, indem man sich bemüht, eine möglichst große Reihe individueller klinisch-anatomischer Tatbestände zu beschaffen, die vollständig genug sei, um sämtliche Phasen des oft so weitschichtigen Prozesses zu verkörpern. Im Hinblicke sowohl auf das enge anatomische

Nebeneinander, als auch auf die funktionellen Wechselbeziehungen zwischen Drüsenzellen und bindegewebigem Gerüste ist es nur natürlich, daß die überwiegende Mehrzahl sämtlicher Noxen an beiden Bestandteilen — sei es auch in recht ungleichem Grade — Veränderungen hervorruft. Demgemäß darf in den meisten Fällen, vollends einer diffusen Nephritis, höchstens von einem überwiegenden Affiziertsein, sei es der sekretorischen, sei es der interstitiellen Gewebsbestandteile, die Rede sein oder etwa davon, daß die einen zuerst ergriffen worden wären, die anderen erst späterhin. Die exsudativen (und hämorrhagischen) Erscheinungen, wie sie besonders gewisse subakute und chronische Entzündungen begleiten, sind bisher, insoweit sie eine dauernde Verstopfung von Harnkanälchen nach sich ziehen, weder in ihrem Einfluß auf die Sekretionsgröße hinreichend gewürdigt, noch in der tiefgreifenden Rückwirkung, welche sie auf die künftige Beschaffenheit des ganzen Substrats ausüben. Die in regressiver Richtung sich bewegenden Wandlungen, die man im Verlaufe der Schrumpfung sich entwickeln sieht, setzen sich nicht selten aus zwei innerlich ungleichartigen Gruppen zusammen. Bei der ersten, auf die man das Augenmerk bisher fast ausschließlich gerichtet hat, handelt es sich um degenerative Veränderungen, von denen die verschiedenen der Harnbereitung dienenden Apparate betroffen werden. Da sie direkt erzeugt sind, einerseits durch den Einfluß von Bakterien, bezw. der von diesen abhängigen Toxine, sei es durch exo- oder autogene Gifte, so müssen sie offenbar als „primäre" bezeichnet werden. Daneben spielt aber oft genug eine zweite Gruppe von Schwundvorgängen hinein, die als nur sekundäre aufzufassen sind. Die Metamorphosen nämlich, denen man an den Malpighi'schen Körperchen begegnet, lassen sich durchaus nicht bei sämtlichen Glomerulis auf primäre Anomalien an diesen zurückführen. Vielmehr sind manche nur als Folge davon begreifbar, daß die Tätigkeit jener Gefäßknäuel wegen unüberwindbarer Verstopfung irgendwelcher Tubulusstrecken lahmgelegt ist. Demnach müssen die einschlägigen Umwandlungen als ein sekundäres Ereignis im Sinne „funktioneller Atrophie" betrachtet werden. In ähnlicher Weise, bloß umgekehrt, kann ein nicht unerheblicher Teil des harnbereitenden Kanalsystems sekundär zugrunde gehen. Dies geschieht, sobald sich die Malpighi'schen Körperchen, welche diesmal zuerst ihrerseits beschädigt sind, infolge irgend welcher, zugleich den „Isthmus" versperrender Erkrankungen, gezwungen sehen, ihre transsudativen Leistungen einzustellen, mindestens herabzumindern. Allein auch abgesehen hievon, vermögen Harnkanälchen mindestens im Bereiche derjenigen Segmente sekundär unterzugehen, die oberhalb verstopfender Hindernisse exsudativer (oder hämorrhagischer) Natur gelegen sind, es sei denn, daß es der von oben her wirkenden Triebkraft zuletzt doch noch gelungen wäre, diese hinabzuschwemmen.

Korreferat von Prof. Doktor Friedrich Müller (München):

Da das Wort „Nephritis" nur mit „Nierenentzündung" übersetzt werden kann, so ist diese Bezeichnung ausschließlich auf eine beschränkte und schwer abgrenzbare Gruppe von Nierenaffektionen anwendbar, nicht aber auf die vorwiegend degenerativen Formen. Unter den Begriff der Nephritis sind nicht nur manche der zum Morbus Brightii gehörigen Krankheitsbilder, sondern auch die aufsteigenden und hämatogenen Niereneiterungen zu rechnen. Da der Name „Morbus Brightii" seine alte Bedeutung einer mit Oedem und Albuminurie einhergehenden Nierenerkrankung verloren und eine anderweitige genügende Definition nicht erfahren hat, dürfte es besser sein, ihn fallen zu lassen und als Sammelnamen für die entzündlichen sowie für die degenerativen Nierenschädigungen das Wort „Nephrose" zu gebrauchen. Der Ausdruck Hydro- und Pyonephrose ist zu verlassen, da er eine Erkrankung des Nierenbeckens und nicht der Niere selbst betrifft. Die nähere Bezeichnung und damit die Einteilung der Nierenkrankheiten geschieht am besten nach ätiologischen Gesichtspunkten, da die nach den verschiedenen Intoxikationen und Infektionen

auftretenden Nierenerkrankungen meist ziemlich charakteristische klinische Krankheitsbilder liefern und oft auch einen besonderen histologischen Befund darbieten. Diese Einteilung nach klinisch-ätiologischen Gesichtspunkten, welche sich unter anderem auch bei der Klinik der Herzkrankheiten als fruchtbringend bewährt hat, weist jedoch bei den diffusen Nierenkrankheiten eine Lücke auf, indem die fälschlich sogenannte „chronisch-parenchymatöse“ Nephritis in vielen Fällen kryptogenetischen Ursprungs ist. Doch dürfte sich diese Krankheitsform nur durch ihre Dauer, nicht aber in der Aetiologie und Pathologie von den akuten diffusen Nephritiden grundsätzlich unterscheiden. Bei der Niereninsuffizienz kann sich die Funktionsstörung in höchst ungleicher Weise auf die Ausscheidung des Wassers, der Chloride, der übrigen Salze, des Gesamtstickstoffes und der Harnsäure erstrecken. Bei geringfügigeren oder langsam fortschreitenden Funktionsstörungen pflegt sich immer zunächst eine Verzögerung und dann erst eine Unvollständigkeit in der Ausscheidung der verschiedenen Harnbestandteile und damit eine Retention einzustellen. Weder die histologische Untersuchung der verschiedenen Nierenerkrankungen des Menschen, noch die der experimentell erzeugten Nierenschädigung bei Tieren haben bis jetzt einen genügenden Aufschluß über die Physiologie der Nierensekretion geliefert; doch sprechen die Ergebnisse der Pathologie nicht im Sinne einer rein physikalischen Erklärung durch Filtration, Rückresorption, Molekularaustausch und Strömungsgeschwindigkeit. Zum Zustandekommen allgemeiner nephrogener Oedeme ist nicht nur eine Insuffizienz der Wasser- und Kochsalzausscheidung, sondern auch eine Veränderung in der Durchlässigkeit der Gefäße anzunehmen. Wenn auch die unter dem Namen der Urämie zusammengefaßten Krankheitssymptome sehr verschiedener Art sind, so besteht doch kein genügender Grund zur Verwerfung der Annahme, daß die Urämie in der Hauptsache durch eine Retention giftiger Stoffwechselprodukte bedingt sei. Bei der mit Herzhypertrophie einhergehenden Gruppe der Nierenkrankheiten ist die Drucksteigerung im arteriellen System das primäre, die Herzhypertrophie und die Verdickung der Arterienwände das sekundäre. Eine Ausnahme macht die arteriosklerotische Schrumpfniere. F. L.

Beitrag zur Histologie, Diagnose und Behandlung der Tumoren der Harnblase. Von R. Alessandri.

Vf. hatte Gelegenheit, vier Fälle von Blasentumoren zu operieren: ein infiltrierendes Epitheliom der Hälfte der Blase (Rezidiv nach acht Monaten), ein teleangiektatisches Fibrosarkom der Hinterwand (Patient starb am Tage vor der Entlassung plötzlich, offenbar an einer Apoplexie), ein infiltrierendes Epitheliom der Vorderwand, des Scheitels und der Hinterwand mit Steinen in der Blase, das nicht vollständig entfernt werden konnte, und ein Endotheliom der Hinterwand, das völlig geheilt wurde. Einzelheiten entziehen sich einem kurzen Referat. — (Il Policlinico, Sez. chirurg., H. 3 und 4, 1905.) M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber die Herkunft der paraurethralen Gänge des Mannes. Von A. Lichtenberg.

Róna stellt in seiner dem Ehrmann'schen Laboratorium entstammenmenden Arbeit die Ansicht auf, es seien die paraurethralen Gänge das Resultat von Verwachsungen sekundärer Längsfalten der Urethralrinne, während Paschkis wohl für einzelne seiner „paraurethralen Gänge sensu strictiori“ die gleiche Genese annimmt, bei dem größeren Teile es aber für wahrscheinlicher ansieht, daß sie aus Epithelpartien samt Drüsenanlage stammen, die mit Abspaltung der Urethra von der äußeren Haut selbständig werden und dann selbständig ein Lumen bekommen.

Im wesentlichen nun scheint uns die Erklärung Lichtenbergs mit dieser letzteren Annahme vollständig übereinzustimmen. Die Urethralrinne entwickelt sich aus dem Urethralseptum, das ein ektodermales Gebilde ist und an seinen Rändern mit dem Ektoderm der Bedeckung zusammenhängt. Das Mesoderm

schiebt sich im weiteren Wachstum zu beiden Seiten keilförmig ein, um die inzwischen geschlossene Rinne von der Körperoberfläche wegzudrängen. Dabei kann es aber vorkommen, daß ein Teil des Urethralseptums von der übrigen Masse abgeschnürt wird, so daß man dann in der Raphe unter Umständen solche Abschnürungen findet. Mit diesen abgeschnürten Teilen oder vielmehr in denselben können auch Drüsenanlagen mit abgeschnürt worden sein, und aus diesen ursprünglichen Drüsen gehen eben die paraurethralen Gänge hervor.

Für das Frenulum, bezw. für die präputialen Gänge, gilt das gleiche, da die Anlage des Frenulums als eine hinter der Eichel befindliche Epithelleiste ebenfalls durch das Urethralseptum unterbrochen wird und der Verschluß der Urethralrinne mit dem Herabwachsen des Präputiums in engem Zusammenhang steht. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25, 1905.) D.

Ein neues Zeichen zur Diagnose der Nierenkrankheiten. Von A. Nizzoli.

Vf. fand, ähnlich wie schon Goldflam, eine erhöhte Empfindlichkeit der Haut über erkrankten Nieren. Zum Zwecke der diagnostischen Verwendung dieses Symptoms kneift er die Haut am äußeren Rande der sakrolumbaren Muskulatur zwischen Daumen und Zeigefinger und findet, daß bei allen möglichen Nierenerkrankungen schon leichtes Kneifen als unangenehm, ja als Schmerz empfunden wird. Er bezieht diese Schmerzhaftigkeit auf eine Neuritis des Nervus genito-abdominalis — (Nuovo Racc. med. H. 1 und 2, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

d) Nebenniere.

Ueber die Diagnose der Nebennierengeschwülste. Von Prof. James Israel in Berlin.

Die Diagnostik der Nebennierengeschwülste liegt wegen ihrer großen Schwierigkeit noch sehr im argen. Nebennierentumoren sensu strictiori und Wolfome sind überhaupt nicht klinisch zu unterscheiden. Aber auch die Abgrenzung dieser beiden gegen die Nierentumoren stößt auf die größten Schwierigkeiten, da sowohl Nebennieren- wie Nierentumoren retroperitoneal gelegen sind und beide häufig Hämaturien machen (erstere durch Kompression der Vena cava mit sekundärer Stauung in der Niere). Auf Nebennierentumor weisen starke Schmerzparoxysmen im Gebiet des Plexus lumbalis hin, die bei Nierentumoren deswegen seltener sind, weil die fibröse Nierenkapsel dem Uebergreifen des Tumors auf die Umgebung länger Einhalt gebietet. Ferner kommen in Betracht: Fieberbewegungen von protahiertem Verlauf und sehr unregelmäßigem Typus (bei Ausschluß sonstiger Fieberquellen), die Vf. in der Hälfte der Fälle fand. Eine Diagnose auf Grund der Palpation ist natürlich nur dann möglich, wenn der Nebennierentumor eine nennenswerte Größe erreicht, was keineswegs immer der Fall ist. Dann kann man ihn unter Umständen gegen die Niere bei sorgfältiger Untersuchung abgrenzen. Ist eine Abgrenzung des Tumors gegen die Niere unmöglich, so spricht das Ueberwiegen der Breitenausdehnung für Nebennierentumor, da die Nierentumoren mehr in die Länge als in die Breite wachsen. Pigmentierung an Haut und Schleimhäuten kann auf die Diagnose hinleiten. Vf. bringt die Krankengeschichten von acht Fällen, die übrigens alle, teils im Kollaps, teils infolge Kachexie und Urämie, zum Exitus kamen. Bei der großen Malignität dieser Tumoren ist die Prognose, auch wenn die Operation überstanden wird, natürlich sehr dubiös. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44, 1905.) Lewisohn, Heidelberg.

e) Nervensystem.

Ueber Störungen der Gelenkssensibilität bei Tabes dorsalis. Von Dr. R. Friedländer in Wiesbaden.

Die wichtigste Methode zur Prüfung der Bewegungsempfindung sind die passiven Bewegungen. Diese müssen nach Frenkel bei Augenschluß, vollkommener Entspannung und langsam ausgeführt werden, ferner muß einseitiger Druck auf den bewegten Teil ausgeschaltet werden.

Hiebei ist fetszustellen: 1. ob überhaupt Bewegungsempfindung besteht; 2. ob das Lagegefühl intakt ist. Die primäre Störung beim Tabischen betrifft das Lagegefühl, wobei die Bewegungsempfindung als solche noch vollkommen erhalten sein kann. In schweren Fällen sind beide Qualitäten vollkommen aufgehoben. Unter 27 Fällen von tabischer Ataxie — darunter 17 Patienten mit leichter Ataxie, die ohne Unterstützung gehen konnten — war die Bewegungsempfindung 24mal gestört. In 100% waren die Zehengelenke, in 62% die Fußgelenke, in 46% die Kniegelenke, in 29% die Hüftgelenke beteiligt. Der Beginn der Störung scheint in den Zehengelenken zu erfolgen und von da ab proximalwärts fortzuschreiten, bis zuletzt sämtliche Gelenke betroffen sind. Der Grad der Ataxie braucht mit der Störung der Bewegungsempfindung nicht übereinzustimmen. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 13, 1905.)

Rosenthal.

Wiederkehr des Kniephänomens bei Tabes dorsalis ohne Hinzutreten von Hemiplegie. Von Dozent Julius Donath in Pest

Das im Laufe der Tabes geschwundene Kniephänomen kehrt nach der allgemeinen Ansicht nur dann wieder zurück, wenn sich zur Tabes eine Hemiplegie gesellt. Vf. hat einen 33jährigen Mann beobachtet, der Lues negierte, seit einem Jahre lanzinierende Schmerzen, abnehmende Potenz, trägere Harnentleerung aufwies. Die objektive Untersuchung wies Ophthalmoplegia interior nebst geringer Ptosis des linken Auges nach, Pupille l. r., Lichtreflex rechts träger, Akkomodations- und Konvergenzreaktion links fehlend, PSR erhalten. An den unteren Extremitäten Hypalgesie. Nach 7 Monaten waren die PSR unter allen Kautelen nicht mehr nachweisbar, ebenso nach weiteren 3 Monaten. Rechte Pupille jetzt lichtstarr. $2^1/_2$ Jahre nach der ersten Untersuchung PSR und ASR beiderseits wieder deutlich nachweisbar, in der Folgezeit nach einem weiteren Jahre sogar lebhaft. Beiderseits Argyll-Robertson. In der Literatur existieren nur zwei ähnliche Fälle von Wiederkehr des geschwundenen Kniephänomens. Ihr Analogon bildet die von Eichhorst beschriebene intermittierende Pupillenstarre bei Tabes. Auch bei croupöser Pneumonie kann schon im Initialstadium Lichtstarre der Pupillen und Schwinden der PSR vorkommen. Das Wiederkehren erloschener Reflexe spricht dafür, daß es sich nicht um eine Zerstörung, sondern um regenerationsfähige Veränderungen im Reflexzentrum gehandelt hat. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 12, 1905.)

Rosenthal.

Bemerkungen zur Frühdiagnose und Frühbehandlung der Tabes dorsalis als einer „Aufbrauchkrankheit". Von Dozent Determann in Freiburg i. B.

Edinger betrachtet eine große Anzahl von Nervenkrankheiten als Aufbrauchkrankheiten, mißt also der funktionellen Störung große Wichtigkeit bei gegenüber den toxischen und anderen Ursachen. Bezüglich der Tabes sagt er: Der Luetiker macht sich seine Tabes je nach der Art seiner Arbeit. Das Gift allein genügt nicht, die Krankheit zum Ausbruche zu bringen, dazu muß noch der schädigende Einfluß der Arbeit kommen, der die Lokalisation besonders zu Beginn bewirkt. Vf. möchte der Funktion nur dann eine ursächliche Rolle zumessen, wenn sie in übermäßiger Weise besonders eine Sphäre in Anspruch nimmt. Nach Edinger sind die Pupillenstörungen so häufig wegen des beständigen Spieles der Pupillarmuskeln, die Störungen der Statik und Dynamik wegen des dauernden Gebrauches der sensiblen Nerven der Muskeln, Knochen und Haut. Vf. glaubt, daß in den meisten Fällen ein funktioneller Anlaß, Ueberanstrengung, Durchnässung, den Ausbruch der Krankheit herbeiführt. Mit dem Angriffspunkte der Ueberanstrengung kann die zufällige Lokalisation der Erstsymptome der Krankheit gegeben sein. So gab ein Patient als allererste Erscheinung Gefühl von Gummi in den Fußsohlen nach langem Stehen im Schnee, ein anderer krisenartige Schmerzen in der Glans penis nach sexuellen Exzessen an. Bei einem Sportlustigen traten nach langer Radtour (permanenter Druck auf

den Damm) zuerst Blasenbeschwerden auf. Die Betrachtungsweise Edingers ist also in frühdiagnostischer Hinsicht von großer Wichtigkeit. Therapeutisch folgt daraus, daß 1. die Entfernung des Krankheitsgiftes, 2. Ausschaltung nicht nur der Ueberfunktion, sondern auch eines grossen Teiles der normalen Funktion, 3. Regelung des Verbrauches und Ersatzes, dem Einzelfall angepaßt, anzustreben ist. Es hat also schon im allerfrühesten Stadium eine genaue Revision der Lebensführung des Patienten stattzufinden. Alle Unzweckmäßigkeiten und Schädlichkeiten sind auszumerzen. Freiliegebehandlung, Ernährungstherapie, Hydrotherapie, Gymnastik sind in strenger Individualisierung in Anwendung zu bringen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14, 1905.)

Rosenthal.

Schmerzhafte Paralyse der Kinder. Von Dr. D. Galatti.

Unter obiger Bezeichnung haben französische Autoren ein Krankheitsbild beschrieben und als eine Krankheit sui generis im Gegensatz zu deutschen Pädiatern aufgefaßt.

Dieselbe tritt nur bei Kindern bis zum fünften Jahre auf. Die betroffenen Kinder waren nervös oder es bestand eine nervöse Anlage bei den Eltern. Nach einem meist geringen Trauma (Fall auf die Hand, Zerrung am Arm, Aufheben aus dem Bett am Arm) tritt zugleich mit einer Schmerzäußerung des Kindes Bewegungslosigkeit des Armes ein (die Erkrankung betrifft fast nur die obere Extremität), zugleich mit Schmerzen in demselben, teils in der Schulter, teils in anderen Gelenken; der Schmerz, der meist gering ist, wird durch Bewegung gesteigert.

Die genaue objektive Untersuchung, auch die elektrische, gibt kein positives Resultat.

Die Schmerzhaftigkeit dauert zirka zwei Tage; danach, oft schon früher, beginnen die Kinder den Arm wieder zu bewegen, zuerst wenig, allmählich ausgiebiger, und in 4—8 Tagen ist Schmerzhaftigkeit und Bewegungslosigkeit verschwunden und geheilt.

Differentialdiagnostisch kommen für plötzlich auftretende Lähmungen in Betracht die traumatische Epiphysenlösung und die spinale Kinderlähmung. Doch ist bei ersterer stets eine lokale Schwellung nachweisbar, letztere beginnt in der Regel mit Fieber und Konvulsionen, der Schmerz fehlt, die Krankheit dauert länger unter Atrophie der Muskeln.

Die Erkrankung der Kinder bildet ein Gegenstück zu der von Möbius beschriebenen Akinesia algera der Erwachsenen, eine Erkrankung, welche bei mit Hysterie und Neurasthenie Behafteten auftritt und ebenso durch Einstellung des Gebrauches mancher Muskeln, deren Bewegung für die Patienten angeblich schmerzhaft wäre, charakterisiert ist.

„Dieses charakteristische Krankheitsbild", schließt der Vf., „bedeutet eine auf traumatischer Grundlage sich ausbildende psychische Hemmungserscheinung, also eine spezielle Lokalisation eines psychischen Vorganges." — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 30, 1905.)

R., München.

f) Auge.

Doppelseitige gonorrhoische Iritis. Von Baylac.

Der Vater des Patienten starb an rheumatischer Endokarditis, ein Onkel an chronischem rheumatischen Gelenksleiden. Im September 1904 akquirierte Patient eine Gonorrhöe, 14 Tage darauf traten Schmerzen im linken Fußwurzelgelenk und tags darauf teigige Schwellung im linken Knie auf. Der Herzlungenbefund ergab: phleuritisches Reibegeräusch und beschleunigte Herzaktion. Nach weiteren 14 Tagen, während welcher Zeit Patient entsprechend behandelt worden ist (Ausspülung der Urethra mit Kalium permanganicum, Bettruhe, Ruhigstellung der Gelenke durch Verband, lokale Applikation von Methylsalizylat), schwoll auch das rechte Knie an, das linke Auge wurde rot, stark ziliarinjiziert, dessen Pupille wurde eng, schlecht reagierend, im Pupillargebiet trat gräuliches Exsudat auf. Unter heißen Umschlägen, Atropininstillation und periorbitaler Einreibung von Hg-Belladonnasalbe trat rasch Besserung ein, als kurze

Zeit darauf Rezidiv am linken Auge und rezente Iritis am rechten Auge auftraten. Der Zustand heilte bald. Im Dezember 1904 war an den Augen überhaupt nichts von einer vorausgegangenen Iritis zu merken. Sehschärfe = 1. Kein Ausfluß aus der Harnröhre. Die rechte untere Extremität ist funktionsfähig bei leichter Atrophie ihrer Muskeln; das linke Knie ist völlig ankylotisch, die Muskeln des Ober- und Unterschenkels sind völlig atrophisch. — (Die Ophthalmolog. Klinik Nr. 8, 1905.) Dr. Jänner.

Die Erkrankungen der Augen bei Wurstvergiftung (Botulismus). Von Ritzke.

Vf. konnte unter 64 Beobachtungsfällen nachfolgende Augensymptome konstatieren.

Die Augensymptome treten entweder gleichzeitig oder vor oder nach den allgemeinen Symptomen auf: der Zwischenraum von der erfolgten Infektion bis zum Auftreten der Augenerscheinungen schwankt. Die Augenerscheinungen treten immer doppelseitig auf. Am häufigsten sind Akkomodationsstörungen und treten dieselben auch am frühesten auf; erst später stellen sich Lähmungen der Augenmuskeln ein, und zwar am häufigsten Ptosis, dann Lähmungen im Bereiche der übrigen Okulomotoriusäste, seltener Trochlearis-, am seltensten Abducenslähmung. Störungen der Pupillenreaktion sind selten, ebenso auch Konjunktivitiden. Beobachtet wurde auch Hyperämie der Papillen und eine rings um die Sehnervenscheibe herum graulich getrübte Netzhaut, mit Herabsetzung des Sehvermögens. Die Prognose ist günstig: in der Regel trat nach 1—2 Monaten Heilung ein.

Nach R. Römer und L. Stein sind die Augensymptome bei Botulismus folgendermaßen zu erklären:

„Die im Verlaufe der Botulismusvergiftung auftretende Akkomodationsparese hat ihren Sitz im Okulomotoriusgebiet und ist eine durch bestimmte Komponenten des Botulismustoxins hervorgerufene Degeneration von Ganglienzellen im Okulomotoriuskern." — (Inaug.-Diss.-Ref. in Die Ophthalmolog. Klinik Nr. 7, 1905.) Dr. Jänner.

g) Haut.

Scharlachschuppung und Ichthyosis. Von Dr. C. Leiner.

Der follikuläre Charakter akuter Exantheme, insbesondere bei Scharlach, tritt nach Vfs. Beobachtung besonders prägnant zutage, wenn die Eruption auf ichthyotischer Haut Terrain gewinnt. Es kommt dann auch nicht zur gewöhnlichen Abschilferung, sondern die Haut beginnt nach dem Abblassen des Exanthems fein zu schilfern und abzuschuppen (statt der großlamellösen Abhäutung). Die Schuppung beginnt besonders bei follikulären Exanthemen in Form von um die Follikel angeordneten Epithelringen. An diesen schilfernden Hautpartien, die oft wie bestaubt aussehen, treten nun feinste Leisten auf, die auf der Höhe der Kante einreißen und so zur Bildung von seichten Furchen (Rhagaden) führen, die durch das durchschimmernde Korium rot erscheinen und von feinen Epithelfetzen umsäumt sind. Nach erfolgter Abstoßung, eventuell noch nachträglicher feiner Schilferung, nimmt die Haut wieder den ichthyotischen Habitus an. Eine vorzügliche Abbildung erläutert auf das Ueberzeugendste das Gesagte. — (Monatsh. f. Kinderheilk., Bd. 4, Nr. 3, Juni 1905.) N.

Porokeratosis (Mibelli). Von M. L. Heidingsfeld.

Ein 26jähriger Mann zeigt an den Unterschenkeln seit sechs Jahren einen leicht juckenden Ausschlag von rosenroter Farbe und sklerosierter Beschaffenheit. Stark verhornte, dicht beisammenstehende, den Effloreszenzen des Lichen chronicus circumscriptus ähnliche Knötchen bilden die Elementarformen der Eruption. Histologisch zeigt sich eine exzessive Hyperkeratose der Schweißdrüsenausführungsgänge der Haarfollikel, Hypertrophie der Haarmuskeln. Die gleiche Verhornung konnte Vf. bei Pityriasis rubra pilaris, Prurigo, bei Ichthyosis hystrix etc. an den Schweißdrüsengängen feststellen. Desgleichen haben Neumann, Tommasoli, ja Mibelli selbst bei verschiedenen Keratodermien denselben Ge-

webszustand feststellen können. Dazu kommt noch, daß auch nach der klinischen Seite hin der Lichen planus, die Psorospermosis sowie manch andere Prozesse mit den Kennzeichen des von Mibelli aufgestellten Krankheitsbildes interferieren. Nach alledem kann Vf. nur zugestimmt werden, wenn er dem Typus Mibelli die Sonderstellung abspricht und ihn als eine durch stärkere Hyperkeratose akzentuierte Varietät verschiedener Hautprozesse hinstellt. — (The Journ. of Cut. Dis., January 1905.) N.

Ueber die Beziehung des Lupus erythematoides zur Tuberkulose. Von Dr. O. Kren.

Dariers Lehre und der Anschauung vieler französischer Fachleute, daß dem Lupus erythematosus eine tuberkulöse Grundlage eigen sei, wird in der Mitteilung der Wiener Hautklinik ein Gegenargument geboten, das geeignet erscheint, so manchem Anhänger der gallischen Schule wieder auf den Pfad der nüchternen Beobachtung zu verhelfen.

Eine 30jährige Frau mit ausgedehntem, seit drei Jahren bestehenden Lupus erythematosus des Gesichts, der Nase, der unteren Augenlider, wird mit Empl. Hydrarg. behandelt. Während der Involution des Ausschlages stirbt die Kranke (24 Stunden nach vorausgegangenen Krämpfen, Temperatursteigerung [38·9°] und Erbrechen).

Bei der Autopsie erweisen sich die Lymphdrüsen (Zervikal-, Mediastinal- und Bronchialdrüsen) frei von allen Veränderungen, die Lungen gesund, die Muscularis des Herzens morsch. In der Bauchhöhle dünnflüssiges Exsudat. Leber, Nieren parenchymatös degeneriert. Die Diagnose lautet: Uterus post partum. Rentention von Eihäuten, diphtheritische Endometritis der Cervix uteri, allgemeine eitrige Peritonitis.

Die Sektion konnte also keine Spur von Tuberkulose aufdecken.

Vf. erneuert die Behauptung seines Chefs, daß der Lupus erythem. eine selbständige Krankheit ist, die mit der Tuberkulose nichts zu tun hat, und weist auf die negativen Sektionsbefunde hin, die Jadassohn in dem Handbuche Mrazeks zusammengestellt hat. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 75, H. 2 u. 3.) N.

Zur Kasuistik des „hyperkeratotischen" gonorrhoischen Exanthems. Von V. Roth.

Ein 35 Jahre alter Schankbursche, der wegen einer akuten (nicht erstmaligen) Gonorrhöe mit gleichzeitiger Sehnenscheidenentzündung in den Extensoren der Zehen des rechten Fußes Aufnahme gefunden hatte, zeigte unmittelbar nach seiner Spitalsaufnahme an beiden Füßen eine Hautaffektion, deren Aussehen, Verlauf und Reaktion zur Diagnose eines gonorrhoischen Exanthems führte. Dasselbe bestand in einer Reihe von unregelmäßig angeordneten, streng umschriebenen, gerstenkorngroßen Knötchen von braunroter Farbe, ohne besondere entzündliche Reaktion mitten in gesunder Haut sitzend, von eigentümlicher Transparenz, die fast auf einen flüssigen Inhalt schließen ließ, und sehr derber Konsistenz. Bei Abheben der Kuppe der Knötchen läßt sich aus denselben ein horniges, wachsartig durchscheinendes Korn auslösen. Der Boden des auf diese Weise zustande kommenden Grübchens ist blutig tingiert, sukkulent, ohne wirklich zu bluten. Die Zahl der Knötchen beträgt 14 am rechten Fuße und ungefähr ebensoviele links. Die Knötchen entstehen äußerst rasch; wenn man in der Zeit des kurzen Vorstadiums die Kuppe abhebt, so erhält man statt des erwähnten Kornes einen schmierigen Inhalt, der sich mikroskopisch aus Hornzellen zusammengesetzt erweist. Gonokokken und andere Mikroorganismen fehlen.

Im weiteren Verlaufe vermehrten sich die Knötchen ungefähr aufs doppelte. Später traten auch noch in der Gegend des rechten Malleolus auf einem etwa guldenstückgroßen Areale kleine Petechien auf, die jedoch bald abblaßten; ebenso gingen auch die Knötchen bald insgesamt zurück, sie ließen sich mit der Meißelsonde leicht, wie einfach aufgelagerte Gebilde, abheben, die Basis repräsentierte sich dann wohl etwas livid ver-

färbt, aber bereits von normaler Hornschicht überkleidet. Ein Versuch von Injektion mit entsprechend präpariertem und zentrifugiertem Gonokokkeneiter zeigt keinerlei Reaktion.

Wenn nun auch ein stichhältiger Beweis für die gonorrhoische Natur des Ausschlages nicht zu erbringen ist, so läßt sich doch nicht zweifeln, daß dieses Exanthem mit der Gonorrhöe in ursächlichem Zusammenhang steht, dafür spricht sein Auftreten und Verlauf und auch seine Eigenart. Nach dem von Buschke vorgeschlagenen Schema wäre es in die vierte Gruppe, die der Hyperkeratosen, einzureihen. Der Autor glaubt aber, daß die Hyperkeratose wohl bei oberflächlicher Betrachtung im Vordergrund stehe, tatsächlich aber handle es sich um Prozesse, denen der erythematöse Charakter nicht abzusprechen sei, es passe diese Auffassung auch besser zur bekannten Polymorphie der gonorrhoischen Exantheme; so habe sich auch Bärmann in seinen außerordentlich prägnanten Fällen nicht für die Hyperkeratose als Ursprung, sondern für eine Dermatitis papillaris ausgesprochen und schließlich auch diesen Namen mit dem Zusatz „parakeratotica" als Bezeichnung vorgeschlagen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1905.) D.

h) Konstitutionskrankheiten.

Nachweis des Harnzuckers durch kolorimetrische Bestimmung nebst Eiweißmessung. Von E. Rudeck.

Der Umstand, daß die Traubenzuckerbestimmung, besonders bei Befunden unter 0·6%, mit den verschiedenen Methoden selten völlig übereinstimmende Resultate liefert, veranlaßte den Vf., der Frage näher zu treten, ob nicht durch andere weniger umständliche Methoden bessere Resultate zu erzielen seien. Er stellte sich Traubenzuckerlösungen von verschiedenem Gehalt her und fixierte den nach Aufkochen mit Kalilauge gewonnenen Farbenton mittels Farbglas. Sein Zuckerkolorisator besteht aus acht farbigen Glasstreifen und vier graduierten Reagensgläsern sowie einem Mattglasstreifen. Als Reagentien sind vorrätig zu halten: 1. Bleitierkohle. Ein Gemisch von 10% Cerussa plus 90% Tierkohle. 2. 10% Kalilauge. 3. Wismutlösung. 4·0 Natriumkaliumtartrat in 100·0 NaOH (10%) -Lösung im Wasserbade mit 2·5 Bism. subn. digeriert und filtriert. Diese Lösung hält sich jahrelang. Die angegebenen Gewichtsmengen sind genau innezuhalten. Das Vorgehen ist folgendes: A. Entfärben des Urins. Man füllt ein Reagensglas bis Strich I mit Bleitierkohle, bis Strich IV mit Urin. Umschütteln und Filtrieren. B. Qualitativer Nachweis von Zuckerspuren. Man füllt bis Strich I Wismutlösung, bis Strich II filtrierten Urin und kocht einmal auf. Es entstehen Farbenunterschiede bei verschiedenem Zuckergehalt. C. Quantitative Bestimmung. Vergleichung der bei Behandlung nach B. erhaltenen Farbennuancen mit den Farbgläsern. Stark zuckerhaltiger Urin wird verdünnt. Die für die Zuckerbestimmung konstruierten Reagensgläser lassen sich auch zur Eiweißbestimmung verwenden; ebenso kann Azetylessigsäure approximativ bestimmt werden. Die Einzelheiten eignen sich nicht zu kurzem Referat; da die Methode eine sehr einfache und deshalb gerade für den Praktiker wertvolle ist, kann das Studium der Originalarbeit nur empfohlen werden. — (Deutsche Med. Ztg., Nr. 91, 1904.) F. L.

Ueber organische Gase in der Respirationsluft der Diabetiker. Von Le Goff.

In einem schweren Fall von Diabetes betrug die Menge des ausgeatmeten Azetons etwa halb so viel, als die in 24 Stunden im Urin ausgeschiedene. Vf. ist der Ansicht, daß noch andere organische Gase als Azeton in der Exspirationsluft vorhanden sind, die ebenfalls die Lieben'sche Azetonprobe geben. — (Compt. Rend., 1904.) F. L.

i) Allgemeine Infektionskrankheiten.

Die Epidemiologie der Influenza. Von H. Franklin Parsons.

Während man früher die Influenza auf atmosphärische oder tellurische Einflüsse zurückführte, ist jetzt die Annahme all-

gemein, daß sie nur durch persönliche Uebertragung verbreitet wird. Die Quelle der Ansteckung bleibt oft verborgen, weil milde Fälle von Influenza der Beobachtung entgehen können oder auch, weil gesunde Personen den Krankheitskeim mit sich herumschleppen und ihn weiter verbreiten können, ohne selbst krank zu werden. Zu beachten ist auch, daß durch Husten und Niesen die Uebertragung auf ziemliche Entfernung möglich wird.

Die Frage, welches Moment die Influenza von Zeit zu Zeit epidemisch macht, oder mit anderen Worten: die Frage nach dem Schicksal der Influenzabazillen zwischen zwei Epidemien ist noch nicht gelöst. Aus der noch sehr lückenhaften Statistik geht nur so viel hervor, daß der Charakter der Epidemien sich ändert: die Epidemie von 1890 war reich an nervösen Komplikationen, die folgenden von 1891—1893 zeigten den respiratorischen Typus, die dritte, im Dezember 1893, brachte viele Komplikationen von Seiten des Halses und Abdomens. Die Mortalitätsstatistik der ersten Epidemien zeigt einen plötzlichen Anstieg und rapiden Abfall, während sich in den späteren Epidemien ein langsamerer Anfang und ein allmähliches Abklingen, ein mehr endemischer Charakter mit Exazerbationen im Winter und Frühjahr beobachten lassen. Verschiedene Gegenden zeigen Verschiedenheiten in der Schwere des Verlaufes. Dem Wetter läßt sich kein bestimmter Einfluß zuschreiben; man kann nur eine ungünstigere Mortalität feststellen, wenn die Temperatur unter den für die betreffende Jahreszeit berechneten Durchschnitt fällt.

Für alte Leute ist die Prognose schlechter als für junge, ebenso für ländliche Orte ungünstiger als für Industriegegenden, vielleicht auch für die besser situierten Kreise schlechter als für die Arbeiterdistrikte. — (The Brit. Med. Journ., Nr. 2314, 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Ueber Influenza. Von T. Clifford Allbutt in Cambridge.

Die Influenza ist seit dem 12. Jahrhundert häufig beobachtet worden und hat in Männern, wie Willis, Seydenham, Fothergill, Laënnec u. a., gute Beschreiber gefunden. Endemisch ist sie im nördlichen Zentralasien; ihre Ausbreitung erfolgt, entsprechend den verbesserten Verkehrsverhältnissen, jetzt schneller als früher. Die Kontagion, die erst in den letzten Jahren allgemein anerkannt wird, ist eine ungemein rasche, da die Inkubation nur 1—2 Tage dauert und viel empfängliches Publikum vorhanden ist. Der Ansteckungsstoff steckt im menschlichen Körper und in Gegenständen, wenn auch in letzteren nur kurze Zeit. Jedoch sind nur Kranke mit Affektion des Respirationstraktus ansteckend. Der Erreger ist der von Pfeiffer gefundene Bazillus. Kleine Kinder sind wenig empfänglich. Nach Bestehen der Krankheit tritt eine Immunität ein, die aber nur 5—7 Monate dauert.

Anatomisch erinnert die Influenza an das Erysipel durch die Neigung zu kleinzelliger Infiltration, die in den Lungen in den Bronchialschleimhäuten und interstitiell auftritt. Die Influenza-Pneumonie ist nicht rein lobär, sondern auch lobulär; sie ergreift stets beide Lungen; das Sputum ist nicht rostfarben; die Hepatisation ist weniger derb, wie bei der croupösen Pneumonie, die Schnittflächen der Lungen sind glänzender und gleichmäßiger als bei dieser. Manchmal beobachtet man Kavernenbildung in der Lunge, ohne daß Tuberkulose dafür anzuschuldigen wäre. Pleuritische und perikarditische Exsudate sind ungünstige Komplikationen. Die klinisch stark hervortretenden Herzstörungen sind histologisch kaum zu erklären, so daß man eher an eine Affektion der Herznerven als des Muskels denken muß.

Von den Symptomen ist der meist plötzlich mit großer Prostration einsetzende Anfang zu nennen (opp. Typhus), oft ist auch nach lange dauernder Rekonvalenszenz ein ebenso plötzliches Verschwinden der Krankheit zu beobachten. Das Fieber ist meistens nicht sehr hoch und nicht anhaltend, oft fällt die Temperatur unter die Norm. Sie korrespondiert mit dem manchmal beschleunigten und manchmal sehr verlangsamten Puls. Man kann vier Formen von Influenza unter-

scheiden: die respiratorische, nervöse, gastrointestinale und die vom Vf. sogenannte kontinuierliche Form, bei der ein an Typhus oder Tuberkulose erinnerndes, lange dauerndes, allerdings etwas unregelmäßiges Fieber neben dem Befund von Influenzabazillen im Mundschleim das einzige Symptom ist; nicht selten findet man dabei eine Milzschwellung. Oft beginnt die Krankheit mit Neuralgien. Neuritische Attacken mit Lähmungen waren besonders in den Epidemien der Neunzigerjahre häufig. Otitis media wird oft bei Influenza der Kinder gefunden. Der Urin ist im Gegensatz zu anderen fieberhaften Krankheiten nicht dunkel und bildet keinen Bodensatz. Phlebitis, Arterienthromben, Angina pectoris, welch letztere Vf. auf eine Aortitis zurückführt, irregulärer Puls, Karotidenklopfen, Vergrößerung der Herzdämpfung sind die bei Influenza vorkommenden Zirkulationsstörungen. Wichtig ist bei der Labilität des Herzens die Vermeidung von Chloroform. Die Rekonvaleszenz dauert oft sehr lange und steht meistens nicht im Verhältnis zur Schwere der Attacke. Appetitlosigkeit und profuse Schweiße sind häufige Begleiterscheinungen.

Eine spezifische Behandlung existiert nicht. Wichtig sind frühzeitige und das akute Stadium überdauernde Bettruhe und blande, fleischarme Diät. — (The Brit. Med. Journ., Nr. 2314, 1905.)

Einstein, Stuttgart.

Rheumatoide Erkrankung bei Kindern. Von John Lovett Morse in Boston.

Die Terminologie der sogenannten rheumatoiden Krankheiten im Kindesalter ist noch sehr konfus. Sie sind auch relativ selten bei den Kindern, seltener als bei den Erwachsenen. Von Still wurde 1896 eine dem Kinde eigentümliche rheumatoide Krankheit beschrieben, die nach ihm Stills Disease benannt wurde: sie beginnt vor der zweiten Dentition und ist ausgezeichnet durch eine elastische, spindelförmige Vergrößerung der Gelenke ohne Beteiligung der Knochen und durch eine Anschwellung von Drüsen und Milz. Der Anfang ist meist fieberfrei; in einem oder mehreren Gelenken beginnt eine Steifigkeit und geringe Schwellung, gewöhnlich zuerst in der Hand, allmählich folgen die anderen Gelenke nach. Die Affektion ist stets symmetrisch. Es handelt sich nur um Verdickung der Gelenkkapsel und des umliegenden Bindegewebes, auch die Synovialmembran beteiligt sich dabei, dagegen sind Knochen und Gelenkknorpel vollständig frei. Schmerzen und Rötung fehlen. Die Lymphdrüsen sind einfach hypertrophiert, die Milz zeigt eine Hyperplasie des lymphatischen Gewebes. Im Blute sind die roten Zellen etwas, das Hämoglobin unverhältnismäßig stärker vermindert, die Leukozyten leicht vermehrt.

Diese Krankheit ist vollkommen identisch mit der von Dr. Goldthwait neuerdings (Boston med. and surg. journ., Nov. 1904) beschriebenen infektiösen Arthritis, die auf einer leichten Toxämie beruht. Die Symptome sind dieselben, nur fehlt bei den von Dr. Goldthwait beschriebenen Erwachsenen der Milztumor. Dies ist leicht aus der stärkeren Reaktionsfähigkeit der Kindermilz auf toxische Reize zu erklären. Der Name Stills Disease muß daher fallen gelassen werden. Salizylpräparate haben höchstens einen nachteiligen Einfluß, die Behandlung ist die von Dr. Goldthwait für die Erwachsenen angegebene (kräftige Diät, Tonika, alkalische Wässer in großen Quantitäten, Bäder, frische Luft, feuchte oder trockene heiße Gelenkumschläge, Ruhigstellung der Gelenke, später aber passive Bewegungen und Massage). Die Prognose ist besser, als wie sie von Still angegeben wurde. Aetiologisch kommen wohl verschiedene Mikroorganismen in Betracht, darunter vielleicht auch der Tuberkelbazillus. — (Boston med. and surg. journ., 17. Nov., 1904.)

Einstein, Stuttgart.

Eine klinische Vorlesung über einige Punkte in der Differentialdiagnose von Scharlach, Röteln und Masern. Von F. J. Poynton in London.

Unsere Unkenntnis über den Erreger der akuten Exantheme, die verschieden starke Heftigkeit der einzelnen Epidemien,

das Vorkommen scharlach- und masernähnlicher Ausschläge bei Influenza oder nach Seruminjektionen, das wechselnde Aussehen der Ausschläge — dies alles macht die genaue Unterscheidung zwischen Scharlach, Röteln und Masern oft äußerst schwierig, ja oft unmöglich und läßt uns manchmal an der Spezifität dieser einzelnen Krankheiten zweifeln.

Bei der Diagnose des Scharlachs ist die große Variabilität dieser Krankheit zu bedenken. Man kann drei Typen unterscheiden: die klassische, die bösartige und die milde Form. Die klassische Form ist am leichtesten zu erkennen, ihre Beschreibung ist bekannt, die Inkubation dauert gewöhnlich weniger als 7 Tage, meist nur 2—3. Die maligne Form verläuft meist so rapid, daß es gar nicht zur Ausbildung eines Exanthems kommt, die Diagnose läßt sich meistens nur durch die Kenntnis einer vorhandenen Epidemie stellen. Am schwierigsten für die Diagnose sind die milden Fälle. Auf Grund einer Beobachtung in einer Schule, wo von 300 Kindern 96 an Scharlach erkrankten, aber nur 31 mit einem Ausschlag, teilt Dr. Thornton diese leichten Fälle in drei Klassen ein: die erste Klasse zeigt Ausschlag, Angina, Fieber, Schuppung, die zweite keinen Ausschlag, dagegen eine leichte Angina, Fieber und Schuppung, die dritte zeigt überhaupt nur Schuppung. Krankheitsgefühl ist sogar bei der ersten Klasse selten vorhanden. Infolge der Schuppung, deren Gefahr für die Ansteckung sich noch immer nicht leugnen läßt, sind auch diese milden Formen als infektiös zu betrachten. Sehr schwierig sind die leichten Scharlachfälle von skarlatiniformen Begleiterscheinungen der Influenza und des Denguefiebers zu unterscheiden, bei welchen auch Fieber, leichte Angina, belegte Zunge und ein scharlachähnlicher, allerdings etwas zu scharf begrenzter Ausschlag mit nachfolgender profuser Desquamation beobachtet werden.

Die Rubeolen (in England auch German measees — deutsche Masern — genannt) haben eine Inkubation von 2 bis 3 Wochen. Der Verlauf der jetzigen Epidemien ist gewöhnlich mild. Die Infektiosität ist sehr groß, besonders für das Pubertätsalter. Die ersten Symptome sind leichtes Fieber, Katarrh, Angina; charakteristisch sind die Lymphdrüsenschwellungen hinter den Ohren. Es gibt zwei Typen des Ausschlags: der morbilliforme und der skarlatiniforme. Der erstere ist der gewöhnliche, er ist nur im Anfang so abgegrenzt und erhaben wie bei Masern, blaßrosa, juckt, breitet sich vom Nacken her zum Kinn und den Wangen hin aus; die äußeren Schenkelflächen und die Nates werden besonders stark befallen. Auch der skarlatiniforme Ausschlag ist blaßrosa, juckt häufig, manchmal erinnert er an Urtikaria. Die Ausschläge bleiben 2 bis 3 Tage, oft folgt ihnen eine leichte kleienförmige, manchmal nur aufs Gesicht beschränkte Schuppung. Ziemlich konstant ist bei den Röteln eine zirka am fünften Tage auftretende sekundäre Angina. Der morbilliforme und skarlatiniforme Ausschlag kommen häufig mit wenigen Tagen Zwischenraum bei demselben Patienten vor, der morbilliforme meist zuerst, doch kommt auch das Umgekehrte vor. Ein abortiver Ausschlag, der rasch verschwindet, kann manchmal als Prodrom vor dem Erscheinen des richtigen Ausschlages beobachtet werden. Von Folgeerscheinungen ist höchstens Arthritis zu nennen.

Eine zweite Attacke von Scharlach — nicht zu verwechseln mit einem Rückfall noch während der ersten Erkrankung — ist öfters beschrieben worden und muß bei der Diagnose berücksichtigt werden.

Die „vierte Krankheit“ ist eine von Dukes von den drei anderen akuten Exanthemen als selbständig abgetrennte, aber noch nicht allgemein anerkannte infektiöse Krankheit, die hauptsächlich im Frühjahr und Herbst auftritt. Die Inkubationsdauer beträgt 9—21 Tage. Die Krankheit beginnt mit einem skarlatiniformen Ausschlag, der jedoch erhabener ist als beim Scharlach und sich rasch über den ganzen Körper ausbreitet. Der Rachen ist rot und geschwollen, die zervikalen, axillären und inguinalen Drüsen vergrößert. Die Zunge schält sich nie wie beim Scharlach, die Desquamation kann

so stark sein wie bei diesem; sie steht ebenso wie bei Scharlach in keinem Verhältnis zur Intensität des Ausschlages. Oft besteht gar kein Krankheitsgefühl; der Verlauf währt nur einige Tage. Die Infektiosität ist nicht sehr groß. Gegen Masern und Scharlach schafft die Krankheit keine Immunität. Die Nieren sind selten affiziert, auch sonst entstehen keine Komplikationen, außer einer Schwellung der Submaxillardrüsen.

Bei Pocken kommen Prodromalausschläge vor, die skarlatiniformes, seltener morbilliformes Aussehen haben. Das Fehlen von Angina und Himbeerzunge, bezw. von Schnupfen und Koplik'schen Flecken unterscheidet sie von Scharlach und Masern. Außerdem kommen sie kaum bei Kindern unter zehn Jahren vor. Sie überziehen den Körper rascher als die Masern und lassen keine Flecken zurück. Daneben bestehen gewöhnlich Kreuzschmerzen.

Bei den Masern betont Vf. die Gefährlichkeit der mit Laryngitis beginnenden Fälle, die überdies für die Diagnose oft sehr schwierig sind. Der Verlauf der Masern bei Armen ist durchschnittlich schwerer als in reichen Häusern; vor einer Anhäufung von Masernfällen in einem Raum ist zu warnen, die Fälle mit Bronchopneumonie sind von den anderen zu isolieren. Ungünstig ist die Komplikation mit Influenza. Koplik'sche Flecken sind in über 97% zu finden, oft sieht man sie nur an der Wangenschleimhaut gegenüber dem letzten Molarzahn. — (The Brit. med. Journ. Nr. 2301, 1905.) Einstein, Stuttgart.

Vergleichende Untersuchungen über die agglutinierende und hämolytische Kraft der Exsudate und Transsudate; ihr differentialdiagnostischer Wert. Von A. Santini und D. Romani.

Die Vf. verfolgten mit ihren Untersuchungen den praktischen Zweck, ein diagnostisches Mittel zur Unterscheidung von Exsudat und Transsudat zu finden; doch waren sie damit wenig glücklich. Speziell die Agglutination zeigte gar keinen prinzipiellen Unterschied; dabei war übrigens bemerkenswert, wie individuell verschieden die Agglutinationsfähigkeit der Blutkörperchen verschiedener Individuen war. Die agglutinierende Kraft des Blutserums eines Individuums war stets etwas größer als die eines etwa bestehenden Exsudates oder Transsudates. — Isohämolytisch, d. h. lytisch auf die Blutkörperchen derselben Spezies (Mensch) wirkten weder Exsudate noch Transsudate; dagegen erwiesen Exsudate sich stets als heterolytisch, d. h. lösend auf die Blutkörperchen von Kaninchen, eine Eigenschaft, die den Transsudaten abgeht; da auch das menschliche Blut stets hämolytisch auf die Blutkörperchen von Kaninchen wirkt, so gehen also die Hämolysine aus dem Blut lediglich in die Exsudate, nicht in die Transsudate über. Die hämolytische Kraft der Exsudate wie des Blutserums verschwindet bei länger dauernder Erwärmung auf 56°, während die agglutinierende Wirkung von Blutserum, Exsudaten und Transsudaten dadurch nicht beeinflußt wird. — (Il Policlinico, Sez. med., H. 1, 1905.)

M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber die Schwankungen des Agglutinationsvermögens des Serums im Verlauf des Typhus abdominalis. Von G. Iversen.

Nach den an 700 Serumuntersuchungen gewonnenen Erfahrungen des Vfs. ist das Agglutinationsvermögen des Serums im Verlaufe des Abdominaltyphus großen Schwankungen unterworfen. In leichten, unkomplizierten Fällen ist die Agglutinationskurve anfangs langsam ansteigend; am Ende der Fieberperiode oder zu Anfang der Rekonvaleszenz tritt ein schroffer Anstieg und ein ebenso schneller Abfall des Agglutinationsvermögens ein, das auf diesen niedrigen Werten ziemlich konstant lange Zeit verbleiben kann. In den von Rezidiven gefolgten Fällen fehlt das Agglutinationsvermögen häufig ganz während der ersten Krankheit, tritt auf während des Rezidivs und ist in allen Fällen während desselben höher als während der ersten Krankheit. In einzelnen Fällen schwindet das Agglutinationsvermögen schon in der Rekonvaleszenz, in anderen kann es noch nach vielen Jahren nach-

gewiesen werden. In Fällen, welche unter den Symptomen einer schweren Infektion im Verlauf von 3—4 Wochen zugrunde gehen, ist die Agglutinationskurve steil ansteigend, ohne Abfall. Ambulatorische oder atypische Typhen geben meist eine niedrige atypische Agglutinationskurve. Schwere protrahierte und komplizierte Fälle haben eine unregelmäßige oder sukzessive abfallende Agglutinationskurve. Diplo- und Streptokokkenpneumonien im Verlaufe des Abdominaltyphus wirken beeinträchtigend auf das Agglutinationsvermögen. Nach überstandenem Typhus abdominalis hält sich das Agglutinationsvermögen in manchen Fällen noch sehr lange und kann bei einzelnen Personen noch 10 Jahre später in einer Verdünnung 1:100 nachgewiesen werden.

Es gibt Fälle von Ikterus, Tuberkulose und septischer Diphtherie, welche, trotzdem kein Abdominaltyphus vorliegt oder jemals vorgelegen hat, doch konstant eine positive Widal'sche Reaktion geben, und zwar in Verdünnungen von 1:150, 1:250 und 1:500. Die positive Widal'sche Reaktion hat einen großen diagnostischen Wert von der zweiten Krankheitswoche an, prognostische Bedeutung besitzt sie nicht. Zwischen der Schwere der Krankheit und der Höhe und Dauer des Agglutinationsvermögens bestehen augenscheinlich keine Beziehungen. Die offene Frage von der biologischen Bedeutung der Agglutination kann auf Grund klinischer Beobachtung allein nicht gelöst werden, jedoch gewinnt es den Anschein, daß dieselbe eine Schutzreaktion des Organismus darstellt und in naher Beziehung zur Immunität steht, vielleicht sogar ein Prodromalstadium derselben bildet. — (Zeitschr. f. Hygiene, Bd. 49, H. 1.) F. L.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Tumenolammonium.

In einer Arbeit aus der dermatologischen Klinik der Universität Breslau berichtet Privatdozent Dr. V. Klingmüller über die Erfahrungen, die er mit diesem Präparat seit Jahren gemacht hat. Akute, stärker nässende und stark entzündete Ekzeme eignen sich für die Behandlung mit Tumenolammonium; als Grundlage ist die Neißer'sche Zinkwismutsalbe, die Zinkpaste oder eventuell eine Schüttelmixtur zu verordnen. Besonders empfiehlt Vf. das Mittel für akutere Kinderekzeme. Chronische Ekzemformen vertragen fast immer Tumenolsalben in stärkerer Konzentration, vor allem die Tumenolpinselungen und Tumenolbleivaseline. In Fällen, wo es sich um ältere Ekzeme handelt, hat das Mittel jedoch geringeren Einfluß als die Teerpräparate, weshalb man in hartnäckigeren Fällen auf diese zurückgreifen muß. Für die mykotischen Ekzemformen sind die Tumenolpinselungen besonders geeignet wegen ihrer geringeren irritierenden Wirkung und ihrer bequemen Applikation. Das Tumenolammonium hat ferner einen deutlichen juckllindernden Einfluß nicht nur auf einfache, juckende Ekzeme, parasitäre Dermatosen, sondern auch auf Prurigo und Pruritisformen. Besonders eignen sich die rhagadiformen Ekzeme in der Genitalgegend, speziell in der Analfalte, welche meist intensiv jucken, für die Behandlung mit Tumenolammonium. Sie reagieren oft ganz ausgezeichnet darauf, vorausgesetzt, daß die Rhagaden nicht zu tief und zu stark infiltriert sind. Von der jucklindernden Wirkung des Tumenolammoniums hat Vf. ferner ausgiebigen Gebrauch gemacht bei der Nachbe-

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

handlung der Skabies, namentlich bei solchen Formen, welche stark ekzematös und zerkratzt sind. Das Mittel hat demnach dreierlei Eigenschaften, welche es für die Dermathotherapie zu einem sehr geeigneten Präparat machen. Es wirkt erstens in schwachen Konzentrationen mäßigend auf oberflächliche Entzündungen der Haut (akutes Ekzem, Dermatitis, Erosionen) ein und begünstigt dadurch die Eintrocknung. In stärkeren Konzentrationen ruft das Tumenolammonium eine geringe irritierende Wirkung hervor und eignet sich daher auch zur Behandlung nicht zu tiefer und alter Infiltrate (chronische Ekzeme, mykotische Ekzeme, ekzematisierte Dermatosen, wie Skabies, Prurigo und andere). Das Tumenolammonium hat eine ausgesprochen jucklindernde Wirkung schon in der Form schwach konzentrierter Pinselungen und Salben. (Juckende rhagadiforme pruriginöse Ekzeme, Prurigo, Pruritisformen, Nachbehandlung der Skabies). Da das neue Tumenolammonium alle Vorzüge der alten Tumnolpräparate, aber nicht deren Nachteile hat, empfiehlt Vf. dessen Anwendung. Zum Schlusse seiner Abhandlung gibt er eine Reihe von Rezeptverordnungen des Präparates:

Rp. Tumenoli-Ammonii 10·0—20·0
Aether sulfur.
Spiritus. vin. rectif. } āā 100·0
Aqu. dest. ana ad

Rp. Tumenoli-Ammonii 10·0—20·0
Aether sulfur.
Spiritus. vin. rectif. } āā 100·0
Glycerin. ana ad

Rp. Tumenoli-Ammonii 5·0—20·0
Zinc. oxydat.
Amyli puri
Glycerin. } āā 100·0
Aqu. dest. ana ad

D. S. Gut umschütteln und mit einem weichen Pinsel aufzutragen.

Rp. Tumenoli-Ammonii 5·0—20·0
Zinci oxydati
Amyli puri ana } āā 25·0
Vaselini flavi 50·0

Rp. Tumenoli-Ammonii 5·0—20·0
Zinc. oxydat.
Amyli puri } āā 25·0
Glycerin. ana
Aqu. dest.
Spirit. vini ana } āā 12·5

D. S. Gut umschütteln und mit einem weichen Pinsel aufzutragen.

Rp. Tumenoli-Ammonii 5·0—20·0
Zinci oxydati
Bismuth. subnitr. ana } āā 5·0
Unguent. simplic.
Unguent. lenient. ana } āā 50·0

Rp. Tumenoli-Ammonii 5·0—20·0
Vaselini flavi ad 100·0

Rp. Tumenoli-Ammonii 5·0—20·0
Unguenti Vaselini plumbici ad 100·0

Rp. Tumenoli-Ammonii 33·0
Spiritus vini ad 100·0

D. S. Dem Bade zuzusetzen.

Rp. Tumenoli-Ammonii 8·0
Anthrarobini 2·0
Tinctur. Benzoës 30·0
Aether. sulfur. 20·0

(Arning'sche Pinselung.) — (Med. Klinik Nr. 36, 1905.)

Neue Mittel. (Schluß.)

Jodlezithin Riedel. Zusammensetzung: Lezithin, welches Jod in den Fettsäureradikalen substituiert enthält. Eigenschaften: Rotbraune, schwach nach Lezithin, nicht nach Jod riechende Masse, welche 20% Jod enthält, sich in Alkohol durch Alkalien in Cholin, Glyzerinphosphorsäure und jodierte Fettsäuren gespalten wird. Anwendung: Als ein erst im Darm zur Wirkung gelangendes Jodpräparat, an Stelle der Jodalkalien, in erster Linie bei Syphilis, ebenso bei Angina, Emphysem etc.

La Zyma ist ein Gallensteinmittel in Tablettenform, enthaltend als wirksame Bestandteile: Natr. choleïnic., Carduus marinus, Taraxacum, Nasturtium, Chinarinde und ein Ferment, das man aus der Leber von gallensteinkranken Tieren gewinnt. — (Pharm. Ztg., Nr. 79, 1905.)

Piperazin. Zusammensetzung: Diaethylendiamin. Eigenschaften: Farblose, hygroskopische Nadeln, leicht löslich in Wasser. Anwendung: Bei Gicht, Rheumatismus, Harngries, Podagra etc. als harnsäurelösendes Mittel in Dosen von 0·1—0·5 mehrmals täglich in Wasser, zweckmäßig in Form eines kohlensauren Piperazin-Gichtwassers, welches im Liter 2 g Piperazinum hydrochloricum und Phenocollum hydrochloricum enthält. — Subkutan in Dosen von 0·05—0·1; zu Blasenspülungen in 1—2%iger Lösung.

Salipyrin Riedel (Salazolon, Salipyrazolin). Zusammensetzung: Antipyrinsalizilat, $C_{11}H_{12}N_2O . C_7H_6O_3$. Eigenschaften: Weißes, geruchloses, etwas herbsüßlich schmeckendes, in 250 Teilen kaltem, leichter in siedendem Wasser wie in Alkohol lösliches Pulver. Anwendung: Als Antipyretikum, Analgetikum und Antineuralgikum. In erster Linie bildet das Hauptindikationsgebiet des Salipyrins die Influenza mit ihren mannigfachen Folgeerscheinungen, wo Salipyrin als ein Spezifikum ersten Ranges wirkt. Ebenso wirksam ist das Salipyrin bei Schnupfen, ferner bei Migräne und periodischen Kopfschmerzen, bei Bronchialkatarrh und anderen, leichteren Erkrankungen der oberen Luftwege. Bei Rheumatismus (auch akutem Gelenkrheumatismus) und Neuralgien leistet das Salipyrin vorzügliche Dienste; endlich wird es neuerdings mit bestem Erfolge bei einer Reihe von Frauenleiden, besonders bei schmerzhaften Menses etc. angewendet. In allen Fällen macht sich bei der Salipyrindarreichung als angenehme Nebenwirkung die nervenberuhigende und schlafbringende Eigenschaft des Mittels geltend. Die sehr selten beobachteten Nebenerscheinungen, wie Herzklopfen u. dgl. sind darauf zurückzuführen, daß bisweilen unrationell dargestellte Präparate, in welchen die Verbindung von Antipyrin mit Salizylsäure nicht richtig vor sich gegangen ist, in den Handel kommen. Solche Präparate lösen dann unter Umständen unangenehme Salizylwirkungen aus.

Syrupus Galegae (Beringer) besteht aus Extr. Galegae fluid. 15 cm³, Syr. simpl. 105 cm³, Ol. Foenic. 1 cm³.

Syrup. jodotannic.: Jod 2 g, Acid. tan. 4 g, Syr. Ratanh. 100 g, Syr. spl. 880 g.

Syrup. jodotannic. phosphor.: Syr. jodotannic. 980 g, Calc. phosphor. 20 g.

Syrupus kalii guathimici Lepehne ist ein Thymianpräparat mit Kal. sulfoguajakol. Gegen Hals- und Lungenaffektionen.

Syrup. stigmat. Maidis. Extr. stigm. maid. 12·5 g, Syr. spl. 990 g.

Syrupus Trifolii compos. von Parke, Davis & Co. enthält in je 30 cm³ 2 g Flor. Trifol. prat., 1 g Lappa, 1 g Berber aquifol., 1 g Xanthoxyl., 1 g Stilling., 1 g Rad. Phytolac., 1 g Cascar. amara. und 0·5 g Kal. jod. Gegen sekundäre Syphilis dreimal täglich 2 Teelöffel voll. — (Pharm. Post.)

Sulfonal Riedel. Zusammensetzung: Diaethylsulfon-dimethylmethan

$$(C_2H_5SO_2) . C . (CH_3)_2.$$

Eigenschaften: Farblose, in zirka 500 Teilen kaltem, resp. 15 Teilen kochendem, Wasser lösliche, beim Erwärmen flüchtige, geschmacklose Kristalle. Anwendung: Als Hypnotikum in Dosen von 1—2 g. Da das Mittel in diesen Dosen keine unangenehmen Herzerscheinungen auslöst, eignet es sich besonders zur Darreichung bei Herzkranken. Ferner als Sedativum bei Neurosen verschiedener Art, als Mittel gegen Epilepsie und in Dosen von 1—2 g gegen die Nachtschweiße der Phthisiker.

Uriform ist ein amerikanisches Präparat, bestehend aus einem Gemisch von Hexamethylentetramin, Palmettomehl, Sandelholzöl und Anregungsmitteln. Findet Verwendung gegen Katarrhe der Harnwege.

Malzpräparate.*) (Schluß.)

Fukol-Malzextrakt (Liebe) ist eine Emulsion aus Fukol mit Malzextrakt zu gleichen Teilen.

Kosekym ist ein Malzextrakt folgender Zusammensetzung: Wasser 26·19, Eiweiß 4·38, Maltose 55·85, Dextrin 12·21, Asche 1·04 (davon Phosphorsäure 0·48) %.

---

*) Siehe Heft 1, 1905.

Liebes Malzextrakt mit Fukol und Kalk enthält 74·1 g Extr. Malti, 25·0 g Fukol und 0·9 g Calc. hypophosphoros.

Maltavita. Aus Weizen und Malzextrakt bereitetes Nährpräparat.

Maltoferrin enthält 22·87% Maltose 13·9% Eiweißstoffe, 4·99% Eisen und 3·34% Phosphor.

Maltopepsin enthält 40·76% Maltose.

Maltoglobin ist ein aus Eisenpeptonat, Malzextrakt und Hämoglobin bestehendes Präparat. (Eine zweite Sorte des Mittels enthält außerdem Arsen.)

Das Malzextrakt der Niederrheinischen Malzextrakt-Brauerei C. Schröder zu Lackhausen bei Wesel enthält laut Analyse:

Spezifisches Gewicht	1·0583
Alkohol (g in 100 cm³)	1·98
Extrakt	16·25
Extrakt der Stammwürze	21·10
Freie Säure	0·479
Maltose	8·84
Dextrin	5·55
Stickstoff	0·159
Mineralstoff	0·36
Phosphorsäure	0·114

und entspricht allen Anforderungen, die an ein solches Fabrikat gestellt werden können. — (Reichs-Med.-Anz. Nr. 14, 1905.)

Quinquores. Zusammensetzung: Ohne Zucker oder Dextrin bereitete „fünffache Malzextraktkompositionen“. Anwendung: Zum Verdünnen mit 4 Teilen Malzextrakt behufs Darstellung von Extr. Malti ferrat., Extr. Malti ferrat. jodat., Extr. Malti ferrat. c. Chinino, Extr. Malti cum Chinino, Extr. Malti cum Calce.

Reichels Malzeisenpulver besteht aus 0·6% lösliches Eisen enthaltendem trockenem Malzpulver.

Robuston ist ein aus diastasereichem, sterilisierten Malzauszuge unter Zusatz von Milch hergestelltes wohlschmeckendes, trockenes, pulverfömiges Milchmalzextrakt.

Thiosan-Cakes enthalten angeblich pro dosi 0·5 g Kalium sulfoguajacolic. und 2 g trockenes Malzextrakt.

Salbengrundlagen.

Abolene (Aboline) heißt eine aus amerikanischem Erdöl dargestellte Vaselineart.

Adipatum besteht aus: Lanolin anhydr. 35·0, Vaselin. flav. 53·0, Paraffin. alb. 7·0, Aq. dest. 5·0.

Agnin ist ein unreines Wollfett (amerikanisches Präparat).

Agnolin ist gereinigtes Wollfett.

Alapurin. Zusammensetzung: „Der auf mechanischem Wege gewonnene, leicht schmelzbare Anteil des hellfarbigen und fast geruchlosen natürlichen Wollfetts.“ Eigenschaften: Weiche, bei 46° ölartig flüssig werdende, hellfarbige, fast geruchlose, in Weingeist fast unlösliche Masse. Anwendung: Wie die übrigen Wollfettpräparate. — (Riedels Berichte.)

Dermalin ist eine lanolinartige Mischung, bestehend aus einem gelblichweißen, zähkleberigen und geruchlosen Fett von neutraler Reaktion.

Endermol ist eine Salbengrundlage aus Stearinsäureamid und Paraffinen, die bis 20% Wasser aufnimmt.

Epidermin besteht aus weißem Wachs, Wasser, Gummi und Glyzerin. — Wundsalbe. (Ein anderes Epidermin soll 1 Fluorxylol, 4 Difluordiphenyl, 10 Vaseline und 85 Wollfett enthalten.)

Mitin ist eine zu einer flüssigen Emulsion verarbeitete Fettmischung, die durch Ueberfettung mit nicht emulgiertem Fett in eine Salbenmasse verwandelt ist und etwa 50% serumähnliche Flüssigkeit enthält. Eigenschaften: Weiße, salbenartige Substanz. Anwendung: Als Salbengrundlage. Es kommt auch ein Mitincreme, eine Mitinpaste und ein Mitinquecksilber in den Handel. — (Riedels Berichte.)

Mollin (Sapo unguinosus) ist eine überfettete, glyzerinhaltige, weiche Seife, bereitet aus Fett und Kokosöl je 50, Aetzkali 20, Wasser 46 und einem mit der Verseifung zu erfolgenden Zusatze von Fett 17. Nach einer anderen Vorschrift: Liq. Kali caust. (15%) 50, Adipis 40, Spiritus 4, Glycerini 15.

Myronin besteht aus Seife, Karnaubawachs und Doeglingtran (Fett von Hyperrodon bidens u. H. rostratus, Doeg-

ling oder Entenwal) (Ol. Chaenoceti). — 12·5% Wasser enthaltende Salbe, resp. Salbengrundlage.

Oëthol. Zusammensetzung: Aetylalkohol. Bei 49·5° schmelzende, geruch- und geschmacklose Masse. Anwendung: Als Salbengrundlage empfohlen. — (Riedels Berichte.)

Petrosapol (Petrolan, Petrolen). Zusammensetzung: Ein Seife enthaltender, aus Petroleumrückständen hergestellter Körper. Eigenschaften: Braune, salbenartige, bei 90° schmelzende Masse. Anwendung: Zum Ersatz des Naftalans empfohlene Salbengrundlage, mit Zinkoxyd, Amylum, Resorzin, Epikarin, Talkum oder dergleichen Mittel bei Entzündung der Haarbälge und Talgdrüsen der Haut empfohlen. — (Riedels Berichte.)

Petrovasine ist eine besondere, säure- und harzfreie Vaselinesorte.

Salbencream (Cremor coelestis). Bestandteile: Gelbes Wachs 1, Mandelöl 4—5, oder Mandelöl 8, Walrat 1, weißes Wachs 1.

Theatrin ist eine aus Oel, Wachs und Wasser bestehende Emulsion.

Unguentum Caseïni. Zusammensetzung: Caseïni sicci 14·0, Alkali (aus 4 Teilen Kalihydrat und 1 Teil Natronhydrat) 0·43, Glycerini 7·0, Vaselini 21·0, Antiseptikum 1·0, Aq. 56·57. Eigenschaften: Eine Art schnell trocknender Salbenleim, welchem nach Bedarf auch andere medikamentöse Stoffe hinzugefügt werden. — (Riedels Berichte.)

Unguentum durum enthält 40 Teile Paraffinum solidum, 10 Teile reines Wollfett und 68 Teile Paraffinum liquidum.

Unguentum molle besteht aus 22 Teilen Paraffinum solidum, 10 Teilen reinen Wollfetts und 68 Teilen Paraffinum liquidum.

Unguentum Paraffini Ißleib. Zusammensetzung: Aus 3 (im Winter 4) Teilen Paraffinum liquidum und 1 Teil Cearin bestehende Salbe, resp. Salbengrundlage, welche im Gegensatz zum Ungt. Paraffini Ph. g. IV größere Mengen (bis 15%) wässeriger Flüssigkeit aufzunehmen imstande ist, ohne von dieser wieder etwas abzuscheiden. — (Riedels Berichte.)

Vasenol von Dr. Köpp in Leipzig-Lindenau ist eine vaselinartige Salbengrundlage, die frei von Säure und Aetzkali ist und 100% Wasser aufzunehmen vermag. — (Pharm. Post 1905.)

Valsol ist ein Gemisch mit Sauerstoff imprägnierter Kohlenwasserstoffe.

Vasogen. Zusammensetzung: Vaselinum oxydatum. Angeblich mit Sauerstoff unter Druck behandelte Vaseline. Nach anderer Angabe Lösungen von Paraffinöl in Ammoniakölseife. Eigenschaften: Mit Wasser haltbare Emulsionen bildende und sich deshalb zur Aufnahme von Arzneistoffen besonders gut eignende, im äußeren der Vaseline ähnliche Salbe. Anwendung: Als Salbengrundlage für Arzneistoffe.

Vasol. Zusammensetzung: Ein Gemisch von Vaselinöl mit ölsaurem Ammoniak. Anwendung: Als Salbengrundlage wie Vasogen. — (Riedels Berichte.)

Vasothion ist ein 10% Schwefel enthaltendes, geschwefeltes Vasogen, dermatologisches Präparat.

Vasoval ist ein der Vasogene sehr ähnliches Präparat. (Quecksilber-Vasoval 33¹/₃%, Kreolin-, Eukalyptol-, Menthol-, Kampfer-, Jod- etc. Vasoval.) Das Präparat kommt wie Vasoliment als „spissum" und „liquidum" in den Handel.

Vellolin = Adeps Lanae.

Velopurin ist eine Salbengrundlage von unbekannter Zusammensetzung.

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Schilddrüsenpräparate.

Aiodin ist ein Phosphor und zirka 0·42% Jod enthaltendes, geruch- und geschmackloses Pulver, von dem 1 Teil 10 Teilen frischer Schilddrüse entspricht und das bei Myxödem Anwendung findet.

Antithyreoidin-Serum wird aus dem Blute schilddrüsenloser Hammel gewonnen. Nach Moebius gegen Morbus Basedowii jeden zweiten Tag 5 g Serum in einem Eßlöffel Wein, nach Schultes am ersten Tage dreimal 0·5 g, dann bei jeder Dosis um 0·5 g steigend bis zu dreimal täglich 4·5 g, an-

fangs in Xeres, später in Himbeersaft zu geben.

Basedowian wird ein aus dem Blute thyreoektomierter Hammel und Ziegen, mit 0·5% Karbolsäurezusatz präpariertes Serum genannt, das bei Basedowscher Krankheit innerlich dreimal täglich 15 Tropfen vor dem Essen in Wein, rasch steigend bis dreimal täglich einen Teelöffel (subkutan 0·25—1·0 in den Rücken) gegeben wird.

Glandulae Thyreoideae sind nach **Merck** pulverisierte Schilddrüsen der Schafe. 1 g = 6 g frischer Drüse. Jodhaltig. Sie finden Anwendung bei Myxödem, Kropf, Kretinismus, Psoriasis, Ekzemen, Lupus, Ichthyosis, Lepra, Obesitas, zerebraler Anämie, Prurigo, Jodidiosynkrasie, Zwergwuchs, Neurasthenie, Diabetes etc. in Dosen von 0·1—0·5 mehrmals täglich. Auch in Tabletten à 0·1 g.

Glandulae Thyreoideae bovinae sicc. pulv. = ein aus den Schilddrüsen von Rindern gewonnenes Präparat.

Liquor Thyreoideae conservatus ist ein Schilddrüsenpräparat des Institutes **Marpmann** in Leipzig.

Peptothyreoidin ist ein durch Peptonisieren von Schilddrüsen hergestelltes Präparat, das zu denselben Zwecken wie die übrigen Schilddrüsenpräparate dient.

Serum antithyreoidien Lépine ist ein aus dem Blute thyreoektomierter Ziegen oder Hammel gewonnenes Serum; findet gegen Morbus Basedowii Anwendung.

Tablettae Thyreoideae Richter sollen sich nach Angabe des Erzeugers vor vielen anderen ähnlichen Präparaten dadurch auszeichnen, daß sie **alle** chemischen Bestandteile der Drüsensubstanz enthalten. Sie werden als ein Spezifikum gegen Fettleibigkeit angepriesen. Ebenso gegen Myxödem, Kretinismus etc.

Thyreo-Antitoxin ist eine stickstoffhaltige, jodfreie, kristallisierte Substanz, welche nach **Fränkel** das wirksame Prinzip der Schilddrüse darstellt und als Schilddrüsenpräparat Anwendung findet.

Thyreoglandin: Gemisch eines neben dem Jodothyrin in der Schilddrüse vorkommenden und aus dieser isolierten Jodglobulins mit dem in derselben Operation gewonnenen Jodothyrin. Die Darstellungsart bedingt einen gewissen Kochsalzgehalt, welcher eine bessere Bekömmlichkeit des Präparats bewirken soll. Zirka 8·6 g Pulver entsprechen der Substanz einer frischen Schilddrüse.

Thyreoidin. Bräunlichgraue, in Wasser wie in Alkohol unlösliche, pulverförmige, entfettete, getrocknete und pulverisierte Schilddrüsensubstanz. Findet Anwendung bei Kropf, Myxödem, Fettsucht, Psoriasis etc. in Dosen von 0·1—0·2 (pro die 0·4) in Pillen oder Tabletten.

Thyreoidinum depuratum Notkin ist, nach Merck, ein aus der Schilddrüse bereiteter Eiweißkörper. Durchsichtige Lamellen oder in Wasser lösliches Pulver. In Dosen von 0·01 innerlich oder subkutan 1 cm³ einer Lösung von 0·05 : 10·0 in allen Fällen, wo Schilddrüsenpräparate angezeigt sind (s. Gland. Thyreoid.). Auch in Tabletten à 0·01 g.

2. Rezeptformeln.

Bronchitis tuberculosa:

Rp. Narcyl. 0·15
Syr. Althaeae 20·0
Aq. dest. ad 250·0

D. S. Drei- bis viermal täglich 1 Eßlöffel voll zu nehmen (für Erwachsene). Kindern entsprechend weniger (von 2 bis 4 Jahren 1—3 Kaffeelöffel voll; von 4 bis 7 Jahren 4—5 Kaffeelöffel voll; von 7 bis 15 Jahren 1—2 Eßlöffel voll).

Rp. Codeini-Knoll 1·0
Extract. Gentian. 1·5
Pulv. rad. Liquir. q. s.
F. pil. Nr. XXX.
(Jede Pille = 3·3 cg Kodein.)

Chlorose mit dyspeptischen Beschwerden:

Rp. Ferropyrin-Knoll 0·6
Acid. mur. dil. gtt. V
Peps. germ. solub. 5·0
Aq. dest. ad 200·0
S. Nach jeder Mahlzeit 1 Eßlöffel voll.

Strophulus infantum:

Rp. Euguform. solubil. 10·0
Zinc. oxydat.
Amyli āā 20·0
Glycerin. 30·0
Aq. dest. ad 100·0

M. D. S. Vor dem Gebrauch gut umschütteln und dreimal täglich aufpinseln. — (M. J o s e p h.)

Gastralgie, nervöses Erbrechen:

Rp. Extr. cannab. indic. 0·03—0·1
Sach. alb. 0·5

M. f. p. D. t. d. Nr. X.
S. Bei Anfällen ein Pulver einzunehmen.

Hyperazidität:

Rp. Methylatropin. bromat. 0·05
Natr. bicarb.
Bism. salicylic. āā 5·0
Ol. Menth. pip. gtts. X
Sacch. lact. ad 30·0

M. D. S. Viermal täglich nach dem Essen eine Messerspitze voll in Wasser zu nehmen.

Magenatonie:

Rp. Resorcini resubl. 5·0
Bism. salicyl.
Pulv. rad. Rhei
Natr. sulf. āā 10·0
Sacch. lact. 15·0

M. f. p. D. S. Zweimal täglich eine Messerspitze voll nach dem Essen zu nehmen. — (E w a l d.)

Obstipatio spastica:

Rp. Extr. Opii
Extr. Belladonn. āā 0·3
Sapon. medic. 1·5

Pulv. et succi liquir. q. s. ut f. pil. Nr. XXX.
D. S. Dreimal täglich eine Pille zu nehmen. — (R o d a r i.)

Adrenalinsalbe bei tieferliegenden schmerzenden Hämorrhoiden:

Rp. Adrenalin. (1:1000) gtts. XXX
Cocain. hydrochlor. 0·03
Vaselin. 10·5

M. f. ungt.

Kardiosklerose:

Rp. Sol. alcoh. Digitoxin. cryst.
1:1000 gtts. V
Aq. dest. 300·0

D. S. Morgens 10 Uhr und nachmittags 4 Uhr je 1 Eßlöffel voll zu nehmen, so daß die Mixtur für 10 Tage ausreicht.

Zahnkaries:

Rp. Formaldehyd (40%)
Alkohol (80%) āā 40·0
Ol. Geranii 20·0

D. S. Zur Applikation auf das Zahngewebe. — (A n d r é - M a r i o n.)

Panaritium:

Rp. Anaesthesin. Ritsert. 3·0
Spirit. rectif. 45·0
Aq. dest. 55·0

M. D. S. Aeußerlich. Man benützt diese Lösung zur Erzeung von Anästhesie, indem man damit Umschläge machen oder den Finger eintauchen läßt.

Gegen Frostbeulen:

Rp. Kal. jodat. 0·5
Jod. pur. 1·0
Lanolin. 30·0
Menthol.
Camphor. āā 0·5

M. f. ungt. D. S. Abends aufzulegen.

Mittel gegen Kopfschuppen:

Rp. Acid. salizyl. 0·5—0·75
Tannobromin.
Thigenol.
Tinct. Canthar. āā 1·0
Medull. oss. bov. ad 30·0
Ol. Rosar. gtts. I

M. D. S. Die Kopfhaut wöchentlich dreimal damit einreiben.

3. Behandlungsmethoden.

Ein experimenteller Beitrag zur Behandlung der Cholelithiasis. Von Dr. W. B a i n.

Vf. stellte seine interessanten Versuche in der Weise an, daß er Hunden Gallensteine von Menschen in die Gallenblase einfügte. Geschah diese Manipulation absolut aseptisch, so waren die Steine nach 2 Monaten gänzlich verschwunden. Unter-

suchungen vor Ablauf von 2 Monaten ergaben zerbröckelte und teilweise absorbierte Steine. Geschah die Manipulation nicht aseptisch, sondern brachte man gleichzeitig mit der Steineinbringung künstlich eine Entzündung der Gallenblase mit Bacterium coli hervor, so verschwanden die Steine nicht. Es ließen sich aber auch diese Steine durch Trinkenlassen von Schwefelwasser und Verabreichung von Iridin und Urotropin zum Verschwinden bringen. — (Brit. med. Journ., 5. August 1905.) F. L.

In der Diskussion des Vortrages von Karewski: **Ursache, Verhütung und Behandlung des perityphlitischen Anfalles** warnte A. Fränkel vor dem Gebrauch von Abführmitteln bei Reizerscheinungen am Darmkanal. Er will das entzündete Organ durch Opium ruhig stellen und hat von dieser Behandlung auch gute Resultate gesehen bei perforierenden Typhusgeschwüren, wo er mehrere Tage hindurch jede Nahrung per os aussetzt und gleichzeitig Stuhlzäpfchen mit Opium in Dosen bis zu 0·05 g Extractum Opii 3—5mal täglich gibt.

Albu wandte sich gegen die Opiumdarreichung bei Perityphlitis, weil er befürchtet, daß dadurch das Krankheitsbild verschleiert wird. Er verordnet neben strenger Bettruhe Morphium und hat dabei geeignete Fälle trotz stürmischen Einsetzens doch in wenigen Tagen günstig verlaufen sehen.

Auch an der Senator'schen Klinik wird nach Strauß statt des Opiums Morphium gegeben. (Sitzung vom 3. April 1905.)

Ueber die Serumbehandlung des Abdominaltyphus berichtet Dr. V. Jez im Reichs-Medizinal-Anzeiger Nr. 14, 1905. Er gibt eine Zusammenstellung der bisher publizierten einschlägigen Arbeiten, aus denen hervorgeht, daß gerade bei den schweren Formen das Serum günstige Resultate herbeiführt. Eichhorst hat 12 Fälle „mit besonders schwerem Allgemeinbefinden", Eichhorn 10 „mittelschwere und schwere Typhusfälle", Jez zusammen 72 Fälle (ohne Todesfall) geheilt. Es ist wünschenswert, daß das Jez'sche Typhusserum an einer größeren Zahl von Fällen einer wissenschaftlichen Prüfung unterzogen werde, damit sein wahrer Wert festgestellt werden kann.

Ein neues wertvolles Bandwurmmittel. Ueber seine Erfolge mit dem neuen Bandwurmmittel der Firma C. F. Behringer und Söhne, das Filmaron,*) berichtet Brieger (Cosel) in dem Oktoberheft der „Therapie der Gegenwart". Vf. hat zunächst an Gesunden das Mittel als ein unschädliches erprobt. In drei Viertel aller Fälle war der Erfolg der Kur ein positiver. Da das Mittel in seiner Wirkung den althergebrachten Bandwurmmitteln in Bezug auf Wirkung mindestens gleichwertig ist, vor diesen aber den Vorteil geringerer Nebenwirkung voraus hat, verdient es in den Arzneischatz des praktischen Arztes aufgenommen zu werden.

Auch nach Prof. Jaquet (Korrespondenzblatt der Schweizer Aerzte, Juni 1905) ist das Filmaron ein sehr brauchbares Präparat, das die anderen Filixpräparate an Wirksamkeit übertrifft. Jaquet verordnet (für Erwachsene):

Rp.	Filmaron.	0·7— 1·0
	Chloroform.	1·0
	Ol. Ricini	10·0—20·0

Hesse empfiehlt die **Anwendung der Augenbäder mit Lösungen von künstlichem Emser Salz** als ausgezeichnetes Verfahren bei der Behandlung der äußeren katarrhalischen und entzündlichen Augenkrankheiten sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen selbst. Auf seine Veranlassung hat die chemische Fabrik von Dr. E. Sandow (Hamburg) in einer geeigneten Verpackung eine Augenbadewanne, zugleich mit einer Glastube, enthaltend 20 Tabletten mit künstlichem Emser Salz à 1 g und einer Glasflasche von 100 g, mit eingeschliffenem Glasstopfen, die mit lauwarmem, abgekochtem Wasser zum Auflösen der Tabletten zu füllen ist, nebst einer Gebrauchsanweisung in den

*) Siehe auch Ausführlicheres über Filmaron in Heft 8, Seite 439.

Verkehr gebracht. Dieses „Augenbad“ ist für 1·50 Mk. in Apotheken und Drogerien zu erhalten. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 40, 1905.)

Ueber fraktionierte Dosierung des Chinins bei der Behandlung der Malaria hat L. Ufer im hamburgischen Seemannskrankenhaus und dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten gearbeitet und ist zu dem Resultat gekommen, daß die Behandlungsdauer bei großen und kleinen Dosen gleich ist. Die Wirkung der kleinen Dosen auf Fieber und Parasiten ist derjenigen der großen zum mindesten gleichwertig, wenn nicht besser. Die Rezidive sind gegenüber den großen Dosen nicht häufiger geworden. Nebenerscheinungen sind bei kleinen Chinindosen geringer. Chinin zu 0·2 g fünfmal täglich genommen wird besser ertragen. — (Inaug.-Diss. München, 1905.)

Asthmabehandlung.

Die Sänger'sche Methode der Asthmabehandlung besteht in einer bestimmten Art der Atemgymnastik, durch welche einerseits die Lungenblähung bekämpft und anderseits die Ueberempfindlichkeit des Zentralnervensystems gegen Lufthunger, bezw. Lufthunger erzeugende Reize herabgesetzt werden soll. Die Asthmatiker sind zu veranlassen, eine Zeitlang so zu atmen, daß die Ausatmung nicht an Stärke, wohl aber an Dauer die Einatmung übertrifft. Es soll in beständiger Wiederholung eine Zeitlang, etwa während der Dauer von 5, 10, 15 Minuten, auf eine kurzdauernde, wenig tiefe Einatmung eine länger dauernde, ebenfalls wenig kräftige Ausatmung folgen. Die Zeitdauer der Ausatmung ist zweckmäßig schon von vornherein zu bestimmen, damit die Kranken durch allzulange dauerndes Ausatmen nicht zu kurzatmig und dadurch zu unwillkürlichen Tiefatmungen gezwungen werden. Die Zeitabmessung kann mit Hilfe des Sekundenzeigers der Uhr erfolgen oder dadurch, daß eine zweite Person laut zählt oder auch dadurch, daß der Kranke selbst in Gedanken zählt; das letztere geschieht am besten mit mäßig lauter Stimme und unter besonderer Dehnung der Vokale, z. B. eiins, zweiiii, füünf, seeechs, siiieben, viiiierzehn, siiiebzehn. Was die Ausatmungsdauer betrifft, so muß sie dem Grade der Atemnot angepaßt werden. Die Hauptsache ist, die Kranken durch Ausatmungsgymnastik immer weniger empfindlich zu machen gegen Störungen des respiratorischen Gasaustausches. — (Deutsche Aerzte-Ztg., Nr. 13, 1095.)

Behandlung der Furunkulose und Follikulitis mit Hefepräparaten.

Nach v. Kirchbauer (Nürnberg) ist die interne Behandlung mit Hefepräparaten bei Akne, Furunkulose und Follikulitis, bei einer Infektion von innen, recht erfolgreich. Bei einer Infektion von außen verspricht die interne Behandlung nicht viel. Hier tritt die externe Behandlung mit Hefeseife in ihre Rechte, am besten mit Salizylschwefelhefeseife. Eine kombinierte Behandlung ist nur da indiziert, wo man sich über die Aetiologie des Falles nicht klar ist, oder falls bei einer Infektion von außen Infektionsstoffe auf dem Wege der lymphatischen Infektion bereits in die Blutbahn gelangt sind. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 18, 1905.)

Ueber die Behandlung der Hornhauttrübungen mit subkonjunktivalen Meerwasser- und Luftinjektionen hat Dr. L. M. Lemeignen Versuche angestellt und ist zu dem Schlusse gekommen, daß diese Einspritzungen in einer großen Reihe von Fällen mit gutem Resultat vorgenommen werden können; in einer weiteren Reihe von Fällen war ein Einfluß nicht zu erzielen. Schaden hat aber diese Therapie nie gestiftet, die sich besser bewähren soll, als die früher angewandten Kochsalzinjektionen. In manchen Fällen, wo eine andere Therapie versagt, wird der Praktiker sich nach der Meinung des Vfs. mit Vorteil dieser Behandlungsmethode bedienen können. — (These de Bordeaux, 1904.)

Therapie der Hämophilie.

Therapeutisch ist gegen die hämophile Konstitutionsanomalie nach Sahli (Ueber

das Wesen der Hämophilie. Zeitschr. f. kl. Med., Bd. 56, 1905) nach dem heutigen Stand unseres Wissens als solche bloß die Indikation der Hebung des Allgemeinzustandes, speziell durch gute und reichliche Ernährung, rationell begründet, und zwar mit Rücksicht auf die Erfahrungen über spontane Heilung der Hämophilie durch Erstarkung des Gesamtorganismus. Die Bevorzugung von Vegetabilien in der Nahrung als therapeutische Maßregel hat keinen Sinn und beruht auf einer Vermengung der Hämophilie mit dem Skorbut, die durch nichts gerechtfertigt ist. Gegen die Blutungen, soweit sie äußerlich zugänglich sind, erweisen sich Kompression und Gelatineverbände wirksam; zulässig erscheint auch eine Kombination dieser Maßregeln mit vorheriger lokaler Applikation von Adrenalin, obschon dies bisher bei Hämophilie noch nicht praktisch erprobt ist. Vor dem Versuch, durch die Allgemeinwirkung subkutan injizierter Gelatine eine hämophile Blutung zu stillen, ist zu warnen. Innerlich dargereichte Gelatine ist zwar nach Sahli unschädlich, aber wahrscheinlich wirkungslos. Für die Wirksamkeit anderer innerlicher Mittel zur Butstillung, auch des innerlich dargereichten Chlorkalziums, sind bisher keine sicheren Anhaltspunkte vorhanden. Speziell entbehrt die Darreichung von Ergotin jeder rationellen Begründung. Kontraindiziert erscheint auch die innerliche oder subkutane Anwendung des Adrenalins zur Stillung hämophiler Blutungen. Die lokale Anwendung von Eisenchlorid ist unzweckmäßig. Ob die lokale Applikation von Chlorkalzium oder diejenige von zymoplastischen Substanzen oder Thrombokinase in Form von Gewebssäften oder ihren Extrakten sich bewähren wird, erscheint Sahli sehr fraglich, in Anbetracht des in einem Falle konstatierten, ohnehin gesteigerten Gerinnungsvermögens des extravaskulären Blutes während der Blutungen.

Wasserstoffsuperoxyd bei Ozäna.

Hadelich hat in sehr hartnäckigen Fällen von Ozäna sehr gute Erfolge von Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd gesehen. Er läßt zweimal täglich eine Mischung aus 20 g 30%igen Wasserstoffsuperoxyd und 180 g Wasser wiederholt die Nase durchlaufen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 38, 1905.)

4. Varia.

Eine Purgenvergiftung hat Holz an sich selbst beobachtet (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29, 1905). Er nahm die Hälfte einer für Bettlägerige bestimmten Purgentablette. Es stellten sich danach heftige, krampfartige Leibschmerzen ein, die auch nach einer stürmischen Entleerung noch anhielten und es kam zu Darmkrämpfen, Darmverschluß und starkem Meteorismus; die Darmkrämpfe waren von Schüttelfrösten begleitet. Die linke Nierengegend war schmerzhaft. Der Urin enthielt Blut und Eiweiß. Der Darmverschluß löste sich nach 2 Tagen, vom 6. Tage ab war der Urin eiweißfrei.

Unverträgliche Mischungen.

Chlorate, Bromate, Sodate, Chlorsäure und Bromsäure geben mit allen leicht oxydierbaren Substanzen explodierende Mischungen. Auch die Zusammensetzung von zwei anderen Substanzen, welche einen fermentativen Prozeß entwickeln, hebt Scherk hervor, zumal dieser chemische Vorgang sowohl bei Aerzten, als auch bei Apothekern unbekannt ist.

Die Erfahrung am Krankenbette hat ihn belehrt, daß man übermangansaures Kali mit essigsaurer Tonerde nicht zusammenbringen darf, da eine explosive Wirkung nach einigen Stunden erzielt wird.

Es wurde eine 5%ige Lösung von Kal. hypermang. mit einer 3%igen Lösung essigsaurer Tonerde vermischt, um die desodorierende Wirkung bei Behandlung einer malignen Granulation zu erhöhen. Das Wundwasser wurde in das Krankenzimmer gestellt, um dort Verwendung zu finden; aber schon nach Verlauf einer Stunde wurde der Flaschenkork mit enormer Intensität an die Decke geschleudert, Patient und Arzt kamen mit dem Schrecken davon.

Die Deutung der chemischen Umsetzung liegt in der Oxydation der Essigsäure, welche das übermangansaure Kali desoxydiert. Durch diese Reduktion verfärbt sich dasselbe dunkelbraun und die Essigsäure wird zu Kohlensäure und Wasser verbrannt. Die frei entwickelte Kohlensäure bewirkt dann die Explosion. — (Die ärztl. Praxis, Nr. 5, 1905.)

Ichthyol-Ammonium wird durch Säuren unter Abscheidung harziger oder schmieriger Massen zersetzt, während es mit Jod und Jodiden wahrscheinlich Jodammonium bildet, das sich leicht körnig kristallinisch ausscheidet.

Antipyrin und Chinin fällen sich gegenseitig. Der entstehende Niederschlag ist nach Carles in schwachen Säuren löslich.

Zinksultat zersetzt die in Lysol vorhandene Seife; es entstehen Ausscheidungen von unlöslichem öl- oder fettsaurem Zink und Kresol. Zusatz von etwas Gummischleim kann alles in Lösung halten.

Bleiazetat und Zinksulfat in Lösung geben eine Ausscheidung von Bleisulfat. Um die Ausscheidung zu vermeiden, werden die Salze einzeln gelöst, jeder Lösung etwas Gummischleim zugesetzt und die Lösungen vermischt. — (Pharm. P., Nr. 29.)

Zur Verhütung von Erbrechen und Nausea nach Narkosen empfiehlt es sich, die Pat. vor der Operation in $^1/_2$stündigen Pausen 3—4mal je zirka $^1/_4$ l frischen Wassers trinken zu lassen; die Erfolge sind sehr günstige.

Ueber den Einfluß der Parfums und Gerüche auf Neuropathische und Hysterische lautet der Titel einer interessanten These von A. C. E. Combe (Bordeaux, Nr. 34, 1903, 66 S.)

Vf. hat gefunden, daß die Parfums bei einer großen Anzahl neuropathischer Individuen eine intensive Einwirkung ausüben, die sich ausdrückt in Uebelkeit, Nausea, Schwindel, Erbrechen, Epistaxis und sogar Synkope. Bei Hysterischen kommt es außerdem zu hypnotischen Schlafzuständen und selbst zum Ausbruch schwerer konvulsiver Attacken unter dem Einfluß dieser Substanzen.

Albarginflecken in der Leibwäsche lassen sich, so lange sie noch frisch sind, leicht mit Seifenwasser herauswaschen. Aeltere, bereits belichtete Flecken werden mit Natriumthiosulfat leicht entfernt, indem man die betreffenden Wäschestücke in eine warme 10—20%ige Lösung von Natriumthiosulfat einlegt und bis zum Verschwinden der Flecken darin beläßt.

Gegen die Mückenplage.

Prof. Flügge in Breslau hat einen Plan ausgearbeitet, um die alljährlich herrschende Mückenplage zu bekämpfen. Hienach ist es erforderlich, die in den Kellern und Erdgeschossen der Häuser massenhaft überwinternden Mücken zu vernichten, ehe die warme Witterung eintritt. Nach seiner Schätzung gehen aus jeder überwinternden Mücke 75 Millionen neue Mücken hervor. Die Aufsuchung der Mücken in ihren Schlupfwinkeln und ihre Abtötung durch eine für den Menschen unschädliche Räucherung an geeigneter Stelle durch die Flamme einer Lötlampe, soll durch städtische Desinfektoren erfolgen. Außerdem ist in Aussicht genommen, auch die in den Gewässern sich entwickelnden Larven zu vernichten. Es handelt sich dabei um stehende, nicht tiefe Wasseransammlungen. Diese sollen entweder durch Zuschüttung beseitigt oder das Wasser wird mit Malachitgrün oder anderen larventötenden Mitteln versetzt werden. Diese Bestrebungen Flügges sind auch von Bedeutung schon deshalb, weil die Mücken, wie wir jetzt wissen, gefährliche Uebertrager aller möglichen Krankheiten sind.

Bücher-Anzeigen*)

Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1904. Ein Jahrbuch für praktische Aerzte. Bearbeitet und herausgegeben von Dr. Arnold Pollatschek in Karlsbad. Wiesbaden 1905. Verlag von J. F. Bergmann.

Das Pollatschek'sche Jahrbuch ist so bekannt und beliebt, daß sich eine eingehende Besprechung erübrigt. Der XVI. Jahrgang reiht sich würdig den vorhergehenden an. Referent möchte die Anregung geben, beim nächsten Jahrgang die einzelnen Publikationen möglichst in der Reihenfolge ihres Erscheinens anzuführen; so hätte z. B. die Arbeit von Fleiner über Dyspeptine (Seite 203) weit hinter die übrigen Referate über Dyspeptine gehört. Daß Referent gar nicht genannt ist (obwohl er als erster über den Unwert dieses Präparates gearbeitet hat), liegt wohl nicht an einem Uebersehen des Vf., sondern an dem Mangel an Verlässigkeit der verschiedenen Referenten, die aus dem Namen Loeb die Namen Gloeden, Loch und Löwig gemacht haben. Solche Kleinigkeiten schmälern zwar nicht den Wert eines Buches, wie des vorliegenden, sie müssen aber festgenagelt werden, um zu zeigen, wie referiert wird.

Dr. Fritz Loeb, München.

Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendizitis). Bearbeitet von Dr. Eduard Sonnenburg. V. umgearbeite Auflage. Mit 36 Abbildungen. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 255 Seiten. Preis 6 Mark.

Wie Sonnenburg mitteilt, ist die Monographie der Perityphlitis für die V. Auflage aus zweierlei Gründen einer ganz neuen Bearbeitung unterworfen worden. Zunächst war es das Anwachsen seiner eigenen Beobachtungen (beim Abschluß des Werkes 2000 Fälle), dann besonders das außerordentliche Anwachsen der Literatur auf diesem Gebiete, was ihn hiezu veranlaßte. Die beiden ersten Teile über Aetiologie und pathologische Anatomie sind von Assistenten des Vf. bearbeitet. Das Werk ist eine Fundgrube nicht nur für den Spezialisten, sondern für jeden Arzt. Es verbietet sich, an dieser Stelle ausführlich darüber zu berichten. Der billige Preis bei der kostspieligen Ausstattung macht seine Anschaffung jedem Arzt zur Möglichkeit und fast zur Pflicht.

Dr. Fritz Loeb, München.

Die Fortschritte in der Pathologie und Therapie der kindlichen Verdauungsorgane in den Jahren 1900—1903. Von Dr. Arthur Mayer in Freiburg i. B. Göttingen 1905. Verlag von Vandenhoeck & Ruprecht. Preis 2·40 Mark.

Auf nicht ganz 100 Seiten bringt Vf. eine Uebersicht über das Titelthema, deren Wert und Inhalt im umgekehrten Verhältnisse zum Umfang des Heftes steht. Die Arbeit ist ein Separatabdruck aus dem rühmlich bekannten Zentralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten. Ihr Wert ist damit charakterisiert. Wer sich schnell orientieren will, findet alles Einschlägige in dem anspruchlosen *Büchlein.*

Dr. Fritz Loeb, München.

Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Begründung und Technik. Ein Handbuch für praktische Aerzte und Studierende. Von Dr. J. Lipowski. II. Auflage. Berlin 1904. Verlag von Julius Springer.

Die II. Auflage des vorzüglichen Buches enthält eine Reihe von Veränderungen, welche ebensoviele Verbesserungen darstellen. Neu hinzugefügt sind die Abschnitte über Influenza, die Magenkrankheiten auf anämischer und nervöser Grundlage, ferner die Colica stercoralis, die katarrhalischen Erkrankungen des Processus vermiformis, Aetiologie und Therapie der Kopfschmerzen. Sehr gut ist das Kapitel über Diätotherapie. Hoffentlich wird dasselbe in der wohl bald nötigen III. Auflage noch erweitert. Zugleich dürfte ein ausführliches Kapitel über Mastkuren den Wert des Leitfadens, dessen Anschaffung kein Kollege bereuen wird, erhöhen.

Dr. Fritz Loeb, München.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.



